



**CATÓLICA**  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
L Instituto de Ciências da Saúde

## **OS HÁBITOS DE SAÚDE DOS ADOLESCENTES**

A realidade numa instituição de ensino particular

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da  
Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem

Por

Renata Catarina Alves Brito

Maio, 2012





## **OS HÁBITOS DE SAÚDE DOS ADOLESCENTES**

A realidade numa instituição de ensino particular

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da  
Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem

Por

Renata Catarina Alves Brito

Sob orientação da Doutora Margarida Maria da Silva Vieira e  
co-orientação da Mestre Constança Maria da Silva Festas Barbosa

Maio, 2012



## **Resumo**

A promoção da saúde na escola é um tema de crescente importância pois esta é um local com recursos para a sua concretização e é na infância e juventude que se estabelecem hábitos que irão perdurar ao longo de toda a vida. O enfermeiro é um elemento chave na sua concretização e para implementar intervenções pertinentes deve conhecer os hábitos e as características da sua população alvo. Desenvolveu-se um estudo exploratório-descritivo de modo a conhecer os hábitos de saúde dos 227 alunos do Ensino Secundário do Colégio Luso-Francês. O método de colheita de dados utilizado foi o questionário. A análise dos resultados revelou que: a) os alunos apresentam bons hábitos alimentares, de actividade física e saúde oral; b) os hábitos de sono, embora adequados devem ser promovidos; c) uma percentagem considerável de alunos tem comportamentos que colocam em risco a sua segurança; d) a maior parte dos alunos refere consumir substâncias (álcool, tabaco e drogas) embora o façam ocasionalmente; e) as situações de violência são raras; f) os hábitos relativos à saúde sexual e reprodutiva, embora animadores, necessitam de intervenção. Concluiu-se que as áreas prioritárias são a segurança, os consumos e a saúde sexual e reprodutiva.



## **Abstract**

Health promotion in schools is a subject of increasing importance because this is a site with resources for their implementation and in childhood and youth that are established habits that will last throughout life. The nurse is a key element in its implementation and to implement relevant interventions should know the habits and characteristics of its target population. We developed a descriptive exploratory study in order to meet the health habits of 227 high school students of the Colégio Luso-Francês. The data collection method used was the questionnaire. The results revealed that: a) students have good eating habits, physical activity and oral health, b) sleep habits, although adequate to be promoted; c) a significant percentage of students have behaviors that put at risk security; d) most of the students mention consuming substances (alcohol, tobacco and drugs) although they do occasionally e) the situations of violence are rare; f) behavior regarding sexual and reproductive health, although encouraging, need intervention. It was concluded that priority areas are safety, fuel consumption and sexual and reproductive health.





*“Give a man a fish and you feed him for a day.  
Teach him how to fish and you feed him for a lifetime.”*

**Lao Tzu**



## **Agradecimentos**

À minha família, pelo encorajamento e apoio prestados.

Às minhas orientadoras, Professora Doutora Margarida Vieira e Mestre Constança Festas, pela confiança, dedicação e ensinamentos durante esta caminhada.

Ao Colégio Luso-Fracês, por toda a disponibilidade e colaboração.

A todos os alunos, pela participação no estudo e sem os quais este não seria possível.

À Vera, pela ajuda prestada.

Aos professores e a todos os colegas do I Mestrado em Enfermagem Avançada do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa pelos momentos de aprendizagem, reflexão e partilha passados.

A todos os amigos pelo apoio e carinho prestado.



*À minha família*



## **Lista de abreviaturas**

ADELIA	Acidentes Domésticos e de Lazer: Informação Adequada
ADL	Acidentes Domésticos e de Lazer
ARS	Administração Regional de Saúde
APSI	Associação para a Promoção da Segurança Infantil
CPO	número de dentes Cariados, Perdidos e Obturados na dentição permanente
DGS	Direcção Geral da Saúde
DSE	Divisão da Saúde Escolar
EB	Ensino Básico
EUA	Estados Unidos da América
HBSC	Health Behavior in School-aged Children
HTA	Hipertensão Arterial
IMC	Índice de Massa Corporal
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
ISN	Instituto de Socorros a Náufragos
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
ME	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NASN	National Association of School Nurses
NCHS	National Center for Health and Statistics
NHB	Necessidades Humanas Básicas
PNS	Plano Nacional de Saúde
PNPSO	Programa nacional de Promoção da Saúde Oral
PNSE	Plano Nacional de Saúde Escolar
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial de Saúde
REPE	Regulamento para o Exercício Profissional de Enfermagem
SIDA	Síndrome Imunodeficiência Adquirida

SNS	Sistema Nacional de Saúde
TA	Tensão Arterial
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana



## Índice

<b>Introdução .....</b>	<b>21</b>
<b>1. A Educação para a Saúde.....</b>	<b>25</b>
1.1 O Conceito de Saúde.....	25
1.2 A Educação e a Promoção da Saúde.....	27
1.3 A importância da Escola na Promoção da Saúde.....	30
1.4 As Escolas Promotoras da Saúde .....	33
1.5 O Enfermeiro Escolar .....	37
1.6 Os hábitos de saúde na adolescência.....	42
<b>2. Opções Metodológicas .....</b>	<b>71</b>
3.1 Objectivos .....	72
3.2 Desenho de investigação.....	72
3.3 Procedimentos para a colheita de dados.....	74
3.4 Tratamento da Informação: .....	75
3.5 Questões Éticas .....	75
<b>3. Apresentação e análise dos dados .....</b>	<b>77</b>
3.1 Dados relativos à caracterização da amostra.....	77
3.2 Dados relativos às variáveis de saúde .....	78
<b>Conclusão.....</b>	<b>109</b>
<b>Bibliografia .....</b>	<b>113</b>
<b>Anexos</b>	
Anexo I – Autorização do Colégio para a aplicação dos questionários	
Anexo II – Autorização dos pais e encarregados de educação para que os alunos possam participar no estudo	
Anexo III – Questionário	



## Índice de Quadros

Quadro 1 -	Distribuição da amostra por sexo e por número de refeições realizadas por dia.....	76
Quadro 2 -	Distribuição da amostra por sexo e pela frequência com que esta toma o pequeno-almoço .....	76
Quadro 3 -	Distribuição da amostra por sexo e por alimentos consumidos ou não ao pequeno-almoço.....	77
Quadro 4-	Distribuição da amostra por sexo e pela frequência com que comem os lanches da manhã e da tarde .....	77
Quadro 5 -	Distribuição dos alimentos consumidos ou não nos lanches da manhã e da tarde .....	78
Quadro 6 -	Distribuição dos alunos por sexo e por alimentos consumidos nas refeições principais .....	79
Quadro 7 -	Distribuição dos alunos por sexo e por prática de actividade física...	80
Quadro 8 -	Distribuição dos alunos por sexo e por frequência com que praticam actividade física.....	80
Quadro 9 -	Distribuição dos alunos por sexo e por duração da actividade física .	81
Quadro 10 -	Distribuição dos alunos por sexo e por estado nutricional .....	81
Quadro 11 -	Distribuição dos alunos por sexo e por número de cáries.....	82
Quadro 12 -	Distribuição dos alunos por sexo e por número de escovagens por dia.....	83
Quadro 13 -	Distribuição dos alunos por sexo e pela frequência das idas ao dentista.....	83
Quadro 14 -	Distribuição dos alunos por sexo e por consumo de doces ou guloseimas.....	84
Quadro 15 -	Distribuição dos alunos por sexo e por frequência com que ingerem doces ou guloseimas .....	84
Quadro 16 -	Distribuição dos alunos por sexo e por número de horas de sono por noite .....	85
Quadro 17 -	Distribuição dos alunos por sexo e por acompanhamento nas deslocações entre o domicílio e a escola .....	85
Quadro 18 -	Distribuição dos alunos por sexo e por meio de transporte utilizado para a realização das viagens entre o domicílio e a escola .....	86

Quadro 19 - Distribuição dos alunos por sexo e por utilização de capacete quando usam motociclo ou bicicleta .....	86
Quadro 20 - Distribuição dos alunos por sexo e por utilização de praias com vigilância .....	87
Quadro 21 - Distribuição dos alunos por sexo e por cumprimento das bandeiras nas praias .....	87
Quadro 22 - Distribuição dos alunos por sexo e por utilização de protecção solar durante a exposição solar .....	88
Quadro 23 - Distribuição dos alunos por sexo e por período de exposição solar ...	88
Quadro 24 - Distribuição dos alunos por sexo e por ocorrência de acidentes .....	88
Quadro 25 - Distribuição dos alunos por sexo e por tipo de acidente sofrido .....	89
Quadro 26 - Distribuição dos alunos por sexo e por consumo de álcool .....	89
Quadro 27 - Distribuição dos alunos por sexo e por frequência com que ingere álcool .....	90
Quadro 28 - Distribuição dos alunos por sexo e por ter ficado já embriagado .....	90
Quadro 29 - Distribuição dos alunos por sexo e por ter já experimentado tabaco .	91
Quadro 30 - Distribuição dos alunos por sexo e por frequência com que fumam ..	91
Quadro 31 - Distribuição dos alunos por sexo e por terem já experimentado drogas .....	91
Quadro 32 - Distribuição dos alunos por sexo e por tipo de drogas consumidas...	92
Quadro 33 - Distribuição dos alunos por sexo e por frequência com que consomem drogas .....	92
Quadro 34 - Distribuição dos alunos por sexo e por ocorrência de situações de violência na escola .....	93
Quadro 35- Distribuição dos alunos por sexo e por tipo de violência da qual foram vítimas .....	93
Quadro 36 - Distribuição dos alunos por sexo e por parte de quem foram vítimas de violência .....	94
Quadro 37 - Distribuição dos alunos por sexo e por ocorrência de problemas de saúde mental .....	94

Quadro 38 - Distribuição dos alunos por sexo e por tipo de distúrbio mental .....	94
Quadro 39 - Distribuição dos alunos por sexo e por importância das notas e do desempenho escolar .....	95
Quadro 40 - Distribuição dos alunos por sexo e por sentir medo ou ansiedade nos exames .....	95
Quadro 41 - Distribuição dos alunos por sexo e por nível de aceitação do corpo tal como ele é .....	96
Quadro 42 - Distribuição dos alunos por sexo e por reconhecimento da importância da presença de amor ou afecto nos relacionamentos .....	96
Quadro 43 - Distribuição dos alunos por sexo e por início da actividade sexual ...	97
Quadro 44 - Distribuição dos alunos por sexo e por idade de início da actividade sexual .....	97
Quadro 45 - Distribuição dos alunos por sexo e por uso de contracepção nas relações sexuais .....	98
Quadro 46 - Distribuição dos alunos por sexo e por método contraceptivo utilizado .....	98
Quadro 47 - Distribuição dos alunos por sexo e por com quem os jovens se sentem à vontade para falar sobre sexualidade .....	99



## **Introdução**

O tema da educação para a saúde tem vindo a ser alvo de uma reflexão crescente por parte das instituições, organismos e profissionais de saúde. Com a Carta de Ottawa (OMS, 1987) são apresentados os conceitos e princípios da “Saúde para todos no ano 2000 e seguintes” e define-se a promoção da saúde como o processo que visa capacitar os indivíduos e as comunidades para melhorarem e controlarem a sua saúde. O que se pretende é que os indivíduos tenham recursos e informações suficientes para que as suas decisões, opções e comportamentos promovam a sua saúde e o seu bem-estar. A consecução de elevados níveis de saúde e a prevenção de mortes prematuras dependem, em grande medida, da adopção por parte dos indivíduos de comportamentos saudáveis (Carvalho et. al., 2008). Assim, uma vez mais se justifica o interesse pela educação para a saúde.

Até há pouco tempo a promoção da saúde consistia na transmissão de informação relacionada com a saúde através de mensagens dirigidas às populações (Faria et. al., 2004). Pretendia-se assim que estas informações e mensagens originassem as mudanças pretendidas. No entanto, concluiu-se que esta estratégia era pouco produtiva.

Surge assim a Escola como um local propício à promoção da saúde. Faria et. al. (2004) referem que a escola, uma vez que assume uma visão mais alargada que a tradicional transmissão de conhecimentos em que os alunos têm vindo a ser mantidos como receptores passivos, torna-se o local de excelência para o desenvolvimento de actividades no âmbito da promoção da saúde, uma vez que as crianças e jovens passam aí muito do seu tempo diário. A Escola é assim o local adequado uma vez que tem todos os recursos para capacitar o aluno de forma a que se proteja e promova a sua saúde.

Os jovens passam grande parte do dia na escola e frequentam-na durante a fase da vida em que os hábitos de saúde são estabelecidos. Uma vez que a probabilidade destes se manterem ao longo de toda a vida é elevada, é importante que a instituição de ensino tenha recursos suficientes para promover o estabelecimento de hábitos saudáveis quer através da transmissão de conhecimentos

quer da possibilitação de escolhas saudáveis. O Plano Nacional de Saúde Escolar reforça esta ideia ao referir que a escola, ao constituir-se como um espaço seguro e saudável, está a facilitar a adopção de comportamentos saudáveis, encontrando-se numa posição privilegiada para promover e manter a saúde da comunidade educativa (DGS, 2006 a).

Assim, uma escola promotora da saúde é aquela que cujo objectivo é criar condições para que os alunos desenvolvam plenamente as suas potencialidades e adquiram competências para cuidarem de si e viverem positivamente com o meio que os envolve (Faria et. al., 2004).

Para se promover a saúde nas escolas são necessários profissionais que estejam preparados para apoiar este processo e dotados de conhecimentos nas áreas da saúde e da pedagogia.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde Escolar, a equipa nuclear de saúde escolar deve ser composta por médico e enfermeiro (DGS, 2006 a). Os enfermeiros têm conhecimentos em diferentes áreas, o que faz com que sejam profissionais com uma excelente preparação para promoverem a saúde nas escolas. Igoe et. al. (1999) definem os enfermeiros de saúde escolar como os profissionais que ajudam as crianças a gerir os seus problemas de saúde e a fazer educação para a saúde.

A adolescência é um período marcante da vida de um indivíduo. Matos et. al. (2009) referem que esta é um período de intensas transformações físicas e psicológicas, onde o corpo juvenil é decisivo. Apesar de os adolescentes serem considerados saudáveis é durante esta fase da vida que se estabelecem hábitos e se adoptam comportamentos que irão influenciar a saúde e a segurança quer actuais quer futuras. Assim, é necessário conhecer estes hábitos e promover a saúde junto desta faixa etária.

Em 2008 quando iniciamos a actividade profissional de enfermagem no Colégio Luso-Francês, deparámo-nos com a necessidade de conhecer fielmente a realidade de modo a planear intervenções promotoras da saúde adequadas. De facto, não existia nenhum instrumento de trabalho que descrevesse os hábitos de saúde e os comportamentos dos alunos. O único estudo existente sobre estilos de vida dos adolescentes e os seus comportamentos é o *Health Behaviour in School-aged Children*. Este foi aplicado em escolas portuguesas do ensino público a alunos do 6.º, 8.º e 10.º ano.



Era assim necessário um estudo que descrevesse os hábitos dos alunos do ensino particular, em concreto na instituição em que trabalhamos. Apesar da instituição em questão leccionar desde o Ensino Pré-Escolar até ao Ensino Secundário, optou-se por estudar apenas o Ensino Secundário. Esta escolha prende-se com os seguintes factores:

- Os hábitos de saúde existentes na adolescência foram construídos e fomentados desde o início da infância e até à idade actual; ao conhecê-los é possível perceber quais as necessidades existentes e consequentemente quais as intervenções a realizar desde tenra idade. Assim, os alunos mais novos são também beneficiados com este processo.
- Permite o estudo de determinados hábitos de saúde, nomeadamente a saúde sexual e reprodutiva e os consumos de substâncias, que não seriam avaliáveis noutras faixas etárias.
- Este é o grupo de alunos que mais cedo abandonará o estabelecimento de ensino, pelo que as intervenções necessárias devem ser realizadas prontamente de modo a colmatar as necessidades diagnosticadas.

Este estudo é do tipo Exploratório-Descritivo e tem como objectivo descrever os hábitos de saúde dos alunos do Ensino Secundário do Colégio Luso-Francês. Optou-se por este tipo de estudo uma vez que a informação sobre o tema era inexistente.

Este relatório encontra-se dividido em 5 capítulos. Nos dois primeiros é apresentada a revisão da literatura realizada. Assim, são abordados os aspectos ligados aos conceitos de saúde, educação para a saúde e escolas promotoras da saúde e abordada a importância da escola e do enfermeiro na Promoção da Saúde. Seguidamente é caracterizado o período da adolescência e abordadas as diferentes variáveis de saúde. No terceiro capítulo são apresentadas as opções metodológicas deste trabalho e quais os seus objectivos e questões de investigação. No quarto capítulo, são apresentados e analisados os dados obtidos quer relativos às variáveis da amostra quer relativos às variáveis de saúde. Finalmente, no último capítulo, são apresentadas as principais conclusões do estudo.



## 1. A Educação para a Saúde

O conceito de saúde tem sofrido modificações ao longo do tempo e está relacionado com outros conceitos como a Educação para a Saúde, a Promoção da Saúde e as Escolas Promotoras da Saúde. Ao longo do próximo capítulo serão apresentados estes conceitos, analisada a importância da escola na Promoção da Saúde e prevenção da doença dos alunos e ainda abordado o papel e as funções do enfermeiro de saúde escolar.

### 1.1.O Conceito de Saúde

O conceito de saúde tem evoluído e sofrido alterações ao longo do tempo. Hipócrates, pai da Medicina, considerava que a saúde consistia no equilíbrio de 4 elementos, nomeadamente os fluidos principais do corpo: bile amarela, bile negra, fleuma e sangue (Scliar, 2007). Possivelmente, este foi o primeiro conceito de saúde, e sublinhava que a saúde consistia num estado de organização e que via o ser humano como uma unidade.

Na Idade Média pode-se salientar a influência que a religião Cristã teve na concepção da saúde e doença. Segundo Scliar (2007), a doença era o resultado do pecado, e a cura era uma questão de fé, devendo-se evitar viver contra a natureza. Em todas as fases da história, o conceito de saúde, como todos os outros, está intrinsecamente relacionado com a cultura, a religião e os conhecimentos que se têm de algumas ciências.

No princípio do Século XX, Como referem Carvalho et. al. (2006), os serviços estavam estruturados para atender doentes, respondendo às necessidades das populações em termos de doenças, sendo os médicos considerados os principais responsáveis pela saúde de cada um. Não havia ainda uma política de prevenção da doença nem de responsabilização do indivíduo pelas suas escolhas e comportamentos.

Após a Segunda Guerra Mundial, com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), surgiu a carta de princípios de 7 de Abril de 1948, da qual consta que a *“Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”*

(OMS, 1948, p.1). É de notar a importância que se dá às diferentes vertentes do indivíduo: física, mental e social e ao seu bem-estar para além da ausência da doença que se tinha como princípio inicial para a existência do estado de saúde; o indivíduo é visto como um todo, em todas as suas vertentes.

Segundo Rodrigues et. al. (2005), o conceito de saúde sofreu uma evolução, assumindo-se como uma dimensão integradora de uma multiplicidade de condições que se orientam para a auto-realização do indivíduo, mais do que a satisfação das necessidades básicas. Houve assim uma reflexão crítica de carácter epidemiológico na medida em que a atenção deixa de estar centrada na doença e passa a estar no indivíduo. Este passa a ser considerado na sua dimensão total e integradora. Com este conceito a ênfase deixa de estar na patologia e nos tratamento e passa a estar no bem-estar do indivíduo a diferentes níveis. Segundo Carvalho et. al. (2006), a definição da OMS inclui a área mental e social para além da dimensão biológica.

Apesar de tudo, esta definição tem sido alvo de contestações e críticas. O conceito de saúde adoptado pela OMS, longe de ser uma realidade, remete-nos à ideia de uma saúde óptima, possivelmente inatingível e utópica pois o que predomina ao longo do ciclo de vida são as mudanças e não a estabilidade.

O conceito de Bem-estar é subjectivo e influenciado pelas concepções e características dos indivíduos e difícil de definir. Citando Carvalho et. al. *“O seu inconveniente é que é possível a presença de certas doenças, numa fase precoce, ainda sem sintomatologia, nem limitação funcional.”* (Carvalho, 2006, p.8). De facto, este conceito é utópico na medida em que equipara a saúde a um estado subjectivo e que dificilmente se alcançará.

Segundo a Carta de Ottawa (OMS, 1986) a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, económico e pessoal. Os factores políticos, económicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde dos indivíduos e das populações. A saúde é então um conceito que se inter-relaciona com diferentes factores. Ainda do mesmo documento consta que as condições e os recursos fundamentais para haver saúde são: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.

Segundo a declaração de Jacarta (OMS, 1997) a saúde é um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e económico. Assim sendo, pode-se considerar a relação entre a saúde e o desenvolvimento socioeconómico

recíproca; sendo que se um deles for comprometido, o outro sofrerá as consequências.

Em suma, o conceito de saúde depende de cada indivíduo, da sua cultura e das suas concepções de vida.

## 1.2 A Educação e a Promoção da Saúde

Para reflectir e abordar a temática da educação para a saúde é necessário analisar previamente o conceito de educação.

Antunes (2008) considera que a educação deve ser entendida como uma dimensão da própria existência, que, enquanto processo de construção auto-participada, se realiza ao longo da vida e em função das experiências factuais e culturais. É de salientar a importância que o ambiente socioeconómico e cultural tem na construção do indivíduo e no desenvolvimento da sua educação.

Carvalho et. al. (2006) salientam que a educação engloba o desenvolvimento das capacidades do homem e constitui o factor base do melhoramento dos indivíduos, das comunidades e do seu nível de saúde e educação.

Outro conceito de relevo nesta temática é o de prevenção. Andrade considera que *“o conceito de prevenção está longe de ser claro, de modo a que a sua aceitação deve decorrer dos aspectos específicos que cada um dos seus níveis operacionais comporta.”* (Andrade, 2001, p. 19). De facto podemos enumerar três níveis de prevenção: Primária, Secundária e Terciária.

O primeiro nível corresponde ao período pré-patogénico e tem como finalidade evitar a ocorrência da doença através da promoção da saúde. A prevenção secundária, como refere Andrade (2001) consiste na adopção de medidas de prevenção, de diagnóstico e de tratamento precoce. Aqui, o principal objectivo é diagnosticar o mais precocemente possível a doença de forma a facilitar e a acelerar o tratamento para que as sequelas sejam nulas ou mínimas. Finalmente, temos a prevenção terciária, que se aplica quando a doença evolui de tal forma que se verificam já sequelas. Nesta situação, resta a reabilitação de forma a que se recupere ao máximo a capacidade do indivíduo e se diminuam as limitações.

De facto, na temática da educação e Promoção da Saúde, quando se refere o conceito de prevenção, a ênfase está na prevenção primária, já que o que se pretende é que a doença não se chegue a verificar.

Em 1978 teve lugar na Ex-URSS a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Esta deu ênfase à necessidade de Promoção da Saúde de todos os povos do mundo. Na declaração de Alma-Ata lê-se que: *“A promoção e a protecção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento económico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial”* (OMS, 1978, p.1). Este documento considera que a saúde é um direito humano e que para que esta se verifique é necessária a acção de outros sectores para além do da saúde, nomeadamente os sectores económico e social. O nível socioeconómico elevado constitui um factor protector da saúde de um indivíduo, sendo de notar que a pobreza e a doença se inter-relacionam.

Na mesma declaração pode-se ler que: *“É direito e dever dos povos participar individual e colectivamente no planeamento e na execução dos seus cuidados de saúde.”* (OMS, 1978, p.1). De facto, o principal responsável pela sua saúde é o próprio, na medida em que são os seus comportamentos, escolhas e atitudes que o protegem ou comprometem. O ênfase e a responsabilidade deixa de estar no médico e passa a estar no próprio indivíduo, o que denota uma mudança de paradigma.

Em 1986 decorre em Ottawa a primeira conferência sobre Promoção da Saúde e na qual se publica uma carta cuja meta é Saúde para Todos no ano 2000. Segundo a OMS

*“Promoção da Saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para actuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.”* (OMS, 1986, p.1)

Com este processo, o que se pretende é que o indivíduo detenha e possua recursos que lhe permitam aumentar a sua saúde e o seu bem-estar; responsabiliza-se o próprio e dá-se uma maior importância ao indivíduo.

A Promoção da Saúde inclui diferentes medidas e abordagens, nomeadamente legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais (OMS, 1986). Todas as intervenções que de forma directa ou indirecta ajudem o indivíduo a conseguir um estado de bem-estar e sem doença, independentemente do seu carácter, podem-se considerar como Promotoras da Saúde.

De acordo com a OMS, a criação de ambientes favoráveis, o reforço da acção comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação de serviços de saúde promovem a saúde e o bem-estar dos indivíduos. A Carta do Caribe também aborda a temática da Promoção da Saúde, onde é salientada a importância da existência de uma colaboração estreita entre o sector sanitário e outros sectores. Nesta, pode-se ler que *“A Promoção da Saúde (...) fortalecerá a capacidade dos indivíduos e comunidades para controlar, melhorar e manter o seu bem-estar físico, mental, social e espiritual.”* (OMS, 1993, p.1). Cada indivíduo é responsável pelo seu estado de saúde, na medida em que este é influenciado pelas suas escolhas, no entanto é necessário que estes sejam capazes de o fazer. Para isso, é necessário que se verifiquem intervenções de carácter político que ofereçam poder e conhecimentos aos indivíduos para promover escolhas acertadas e promotoras da saúde.

Em 1997, em Jacarta, teve lugar a quarta Conferência Internacional de Promoção da Saúde na qual se publicou a declaração de Jacarta. Esta salienta a importância da Promoção da Saúde como elemento para o desenvolvimento da saúde, na medida em que se atribui às pessoas capacidade para ter um maior controle sobre a sua saúde.

*“A Promoção da Saúde (...) actua sobre os determinantes da saúde para criar o maior benefício para os povos, para contribuir de maneira significativa para a redução das desigualdades em questões de saúde, para assegurar os direitos humanos e para formação do capital social.”* (OMS, 1997, p.1).

Outro conceito a abordar é o de Educação para a Saúde. Segundo Carvalho et. al. (2006), a Educação para a Saúde exige uma visão holística dos indivíduos e pretende aumentar a sua saúde através da sensibilização para a importância dos conhecimentos sobre o corpo e a saúde.

A Educação para a Saúde pressupõe que a informação que se adquire não consista apenas em aumentar e organizar os conhecimentos mas sim em mudar de forma a entender, expressar e viver a vida (Antunes, 2008). Ao realizar as intervenções de Educação para a Saúde, é importante que estas sejam pertinentes e adequadas ao seu público-alvo. A Educação para a Saúde deve ser perspectivada, estruturada e trabalhada nos parâmetros da saúde comunitária com recurso a uma planificação local, descentralizada e com base nas reais necessidades da população de forma a promover escolhas conscientes por estilos de vida saudáveis (Antunes, 2008).

Nas últimas décadas, ocorreram mudanças significativas no quotidiano das populações que influenciam negativamente a sua saúde. Algumas destas mudanças são a crescente urbanização, o envelhecimento da população devido ao aumento da esperança média de vida, aumento do stress, maior poluição ambiental e horários comprometedores das refeições domiciliárias e em família. Estas mudanças têm-se repercutido no estilo de vida das populações, favorecendo o sedentarismo, o ritmo de vida acelerado e a mudança dos hábitos alimentares (Dores et. al, 2008)

Assim sendo, a Educação para a Saúde torna-se ainda mais necessária nos dias de hoje de forma a transmitir conhecimentos aos indivíduos para que alterem as suas condutas e promovam a sua saúde.

### 1.3 A importância da Escola na Promoção da Saúde

A Carta de Ottawa (OMS, 1986) salienta a importância do desenvolvimento de competências, da capacitação e da criação de ambientes favoráveis na Promoção da Saúde dos indivíduos. Ao melhorar a informação, ao educar os indivíduos e a reforçar as suas competências está-se a habilitar as populações de forma a que controlem melhor a sua saúde. O indivíduo não vive isolado do mundo que o rodeia, pelo que o ambiente influencia positiva ou negativamente a saúde dos indivíduos. No mesmo documento estão presentes as condições e os recursos fundamentais para a saúde, ou seja, os seus pré-requisitos. Estes são a paz, o abrigo, a educação, a alimentação, os recursos económicos, um ecossistema estável, os recursos sustentáveis, a justiça social e a equidade.

A educação inicia-se no seio da família, no entanto, anos mais tarde estende-se à escola, ou seja, ao estabelecimento de ensino onde a criança passa grande parte do seu tempo. Segundo a DGS

*“A família é a primeira escola da criança e deve ter como objectivo a busca e a prática do bem-estar físico, psicológico, social, afectivo e moral, constituindo também um elemento preponderante na atenuação das fragilidades inerentes à doença, em especial as doenças crónicas ou incapacitantes.” (DGS, 2006 a, p.5)*

Actualmente, a criança passa grande parte do seu tempo na escola. Normalmente, quer o pai quer a mãe estão no mercado de trabalho, o que faz com que esta, desde cedo, tenha de ficar entregue aos cuidados de uma instituição. É importante que este tempo seja bem explorado e utilizado para que a criança se desenvolva em diferentes



níveis e de modo a adquirir conhecimentos, práticas e competências que promovam o seu bem-estar e a sua saúde. Neste sentido, o Plano Nacional de Saúde Escolar considera que

*“A Escola, ao constituir-se como um espaço seguro e saudável, está a facilitar a adopção de comportamentos mais saudáveis, encontrando-se por isso numa posição ideal para promover e manter a saúde da comunidade educativa e da comunidade envolvente.”* (DGS, 2006 a, p.5)

Os programas de Educação para a Saúde devem preparar os alunos para que estes sejam capazes de cuidar de si mesmos, de adoptar estilos de vida saudáveis e desenvolvam todas as suas capacidades físicas, mentais e sociais um dia que deixem a escola (Gomes, 2009). A promoção da saúde no âmbito escolar parte de uma visão multidisciplinar do indivíduo, que considera as pessoas no seu contexto familiar, comunitário e social. Assim, o que se pretende, é o desenvolvimento de conhecimentos, a prevenção das condutas de risco, o fomento da prática reflexiva de forma a fortalecer tudo o que promove a saúde.

Gomes (2009) enumerou quatro motivos para que a educação para a saúde se desenvolva na escola: todas as crianças de um país passam pelo sistema de ensino, os resultados de várias investigações demonstram que as raízes do nosso comportamento no plano sanitário se situam na infância e na adolescência, ao fazer educação para a saúde na escola estamos a atingir os indivíduos em fase de formação e que ainda não tiveram oportunidade de adquirir hábitos insanos e são mais receptivos à informação e por fim, porque conta com a colaboração de profissionais que sabem educar.

A Educação para a Saúde pode ser ministrada de diversas formas. Gomes (2009) considera que as mais importantes são a infusão de temas de saúde no currículo das disciplinas, o tratamento da educação para a saúde de forma transversal e o seu tratamento em disciplinas específicas. A primeira forma tem lugar quando os docentes incluem temas de saúde nas suas disciplinas ou em actividades extra-curriculares. A segunda, é actualmente um dos modelos mais defendidos para implementar as matérias relacionadas com a saúde e tem lugar quando todas as áreas do conhecimento contribuem para o desenvolvimento dos conteúdos relacionados com a saúde. É assim necessária a colaboração de toda a equipa docente, a definição dos conteúdos a abordar; a reflexão sobre o significado de ensinar saúde, relacionar os temas leccionados com a realidade e, por fim, incorporar os conteúdos referidos a

valores, atitudes e hábitos. Finalmente, a terceira forma de a ministrar é através de uma disciplina específica, de forma a que se garanta que todos os alunos abordem a grande parte dos temas relacionados com a sua saúde. Esta estratégia tem vindo a ganhar peso nos países europeus.

Segundo Igoe et. al. (1999) os três componentes inseparáveis da saúde escolar são os serviços de saúde, a educação para a saúde e o meio ambiente saudável.

Dentro dos serviços de saúde estão incluídos os rastreios de saúde, cuidados básicos para pequenas queixas, administração de terapêutica, vigilância de imunizações, identificação dos casos para identificação precoce dos problemas, gestão de casos, recomendações e cuidados de saúde primários, entre outros. Estas intervenções têm como objectivo a promoção da saúde e a prevenção da doença.

De acordo com o Programa Nacional de Saúde Escolar

*“Uma abordagem holística da saúde aumenta o bem-estar e reduz o risco de doença nas crianças e nos adolescentes. Por isso, a escola tem de propiciar aos alunos a expansão e a comunicação, laços de afecto com as pessoas e o meio, participação, responsabilização e vontade de saber...”* (DGS, 2006 a, p.10)

Estas actividades para além de promoverem a saúde do indivíduo também fortalecem o vínculo entre a escola e a equipa de saúde.

A segunda componente da Educação para a Saúde, deve incluir aulas de saúde, cursos para prevenção de disseminação de doenças infecciosas, educação para estudantes com problemas de saúde crónicos, auto-cuidado e como utilizar eficazmente o seu sistema de saúde (Igoe et. al., 1999). Segundo os mesmos autores, as três grandes finalidades da Educação para a Saúde serão fazer ensinamentos a todas as crianças sobre o seu corpo e como o manter saudável, iniciar os jovens a terem hábitos de vida saudáveis e a tomar decisões responsáveis e, por fim, ensinar a utilizar eficazmente o sistema de saúde. O que se pretende é fornecer informação adequada, pertinente e suficiente às crianças e jovens em idade escolar de modo a que estas possam fazer escolhas conscientes e que protejam a sua saúde e promovam o seu bem-estar.

Segundo o Programa Nacional de Saúde Escolar (DGS, 2006 a), o trabalho de Promoção da Saúde consiste em avaliar a capacidade de aprendizagem de forma a que os alunos se protejam, ou seja, desenvolve-se em cada aluno a capacidade de interpretar o real e de actuar de forma a induzir atitudes e comportamentos adequados. O que se pretende é que o aluno adquira competências para se proteger e

para promover a sua saúde ao longo da vida. Pode ser feita de forma mais ou menos formal e visa a saúde como uma construção do próprio ao longo do tempo.

Actualmente, a DGS considera como prioritárias as seguintes áreas: saúde mental, saúde oral, alimentação saudável, actividade física, ambiente e saúde, promoção da segurança e prevenção de acidentes, saúde sexual e reprodutiva e educação para o consumo.

Finalmente temos a terceira componente, a saúde ambiental. Esta implica a promoção de um ambiente escolar seguro, limpo e promotor da saúde e do bem-estar da criança. A saúde ambiental envolve factores físicos e psicossociais, tais como o controlo do agente infeccioso e o meio ambiente físico e social da criança (Igoe e Speer, 1999). De acordo com O Plano Nacional de Saúde Escolar

*“A escola, na procura permanente de um ambiente mais saudável para as crianças, deverá assegurar saneamento básico, água de qualidade, ambiente de suporte á actividade física e à mobilidade segura, ar interior e exterior livres de poluição, assim como reduzir a exposição das crianças aos riscos físicos, químicos e biológicos.”* (DGS, 2006 a, p.14)

Estes três componentes resumem as três grandes áreas a serem exploradas de forma a que se promova a saúde no ambiente escolar.

A escola é sem dúvida um instrumento de transformação social já que abrange toda a sociedade dado o carácter obrigatório do ensino (Miranda e Castro, 2005). Prevê-se que a intervenção seja realizada quer a nível educativo com transmissão de conhecimentos, quer a nível formativo, com o desenvolvimento de capacidades e atitudes.

#### 1.4 As Escolas Promotoras da Saúde

O conceito das Escolas Promotoras da Saúde surgiu no final do século XX, em grande parte devido às mudanças ocorridas na Saúde Pública. Passou-se a dar mais importância à Promoção da Saúde, à prevenção das doenças crónicas e sublinhou-se a importância dos cidadãos possuírem conhecimentos que lhes permitam proteger e promover a sua saúde.

A Declaração de Alma-Ata, que enfatiza a importância da Promoção da Saúde, refere que todos os sectores e aspectos relacionados com o desenvolvimento nacional e comunitário estão incluídos nos cuidados primários de saúde, sendo um deles a

educação (OMS, 1978). Salienta-se assim a importância da educação no desenvolvimento dos povos.

A Carta de Ottawa (OMS, 1986) refere que a educação é uma condição e um recurso fundamental para a saúde. Esta considera ainda a necessidade de se criarem ambientes favoráveis, reforçar a acção da comunidade e desenvolver as habilidades pessoais.

A Declaração de Sundsvall (OMS, 1991) considera que uma das estratégias para promover a saúde e um ambiente favorável é capacitar a comunidade e os indivíduos a ganharem maior controle sobre a sua saúde e o seu ambiente através da educação e de uma maior participação nos processos de tomada de decisão.

A Convenção sobre os Direitos da Criança também sublinha a questão da Promoção da Saúde. No artigo 29.º pode ler-se:

*1 – Os estados partes acordam em que a educação da criança deve destinar-se a:*

*a) Promover o desenvolvimento da personalidade da criança, dos seus dons e aptidões mentais e físicas na medida das suas potencialidades (ONU, 1989).*

A mesma convenção considera também serem importantes as seguintes medidas na Promoção da Saúde da criança

*Assegurar que todos os grupos da população, nomeadamente os pais e as crianças, sejam informados, tenham acesso e sejam apoiados na utilização de conhecimentos básicos sobre a saúde e a nutrição da criança, as vantagens do aleitamento materno, a higiene e a salubridade do ambiente, bem como a prevenção de acidentes. (Artigo 24.º, n.º2, alínea e).*

Todas estas declarações e cartas relacionam a educação, a saúde e a sua promoção, podendo assim serem consideradas como um marco conceptual no surgimento das Escolas Promotoras da Saúde.

A estratégia da Escola Promotora da Saúde surge assim no final da década de 80 e tem como objectivo desenvolver as capacidades dos alunos ao longo do seu percurso escolar de modo a que a sua saúde seja preservada e/ou promovida.

Em 1991, o Conselho da Europa, a Comissão Europeia e a Declaração Regional para a Europa da OMS criaram a *European Network on Health Promoting Schools*. Esta rede foi desenvolvida em mais de 40 países Europeus, atingindo milhares de escolas e centenas de milhares de alunos (Leger, 2006). Cada país foi incentivado a desenvolver a ideia da Promoção da Saúde na escola do modo a que pareça mais adequado às suas necessidades e ao seu contexto.

Segundo Gaspar (2007 a), o principal objectivo desta rede é melhorar e proteger o bem-estar dos alunos, professores, pessoal não docente e da comunidade mais abrangente. Estas escolas não consideram apenas o aluno mas sim toda a comunidade educativa.

A Escola Promotora da Saúde pode-se caracterizar como uma escola que procura constantemente um estilo de vida, de aprendizagem e de trabalho propício ao desenvolvimento da saúde (Gomes, 2009). O que se pretende é que a escola contribua para o desenvolvimento quer da saúde quer da educação para a saúde dos seus alunos.

Segundo o Plano Nacional de Saúde Escolar (DGS, 2006 a), uma Escola Promotora da Saúde é aquela que inclui a educação para a saúde no currículo e que possui actividades de saúde escolar; esta assenta em 3 vertentes: currículo, ambiente e interacção escola/família/meio. Os objectivos destas escolas são implementar atitudes, escolhas e ambientes mais saudáveis, desenvolver competências, promover tomadas de decisão responsáveis e conscientes e promover a criação de um ambiente salutogénico.

O modelo das Escolas Promotoras da Saúde, difundido desde 1995 pela Organização Pan-Americana da Saúde na região das Américas através da iniciativa regional, é uma estratégia de Promoção da Saúde no âmbito escolar, que se fundamenta no desenvolvimento articulado e sinérgico de 3 componentes principais: Educação para a Saúde, criação e manutenção de ambientes saudáveis e provisão de serviços de saúde, nutrição saudável e vida activa (Organização Pan-Americana da Saúde, 2003). Estes três pólos devem-se articular entre si de forma a que se promovam políticas públicas saudáveis e se promova a saúde dos indivíduos.

A Carta de Ottawa (OMS, 1986) aponta 5 *guidelines* para a Promoção da Saúde que devem ser seguidos pelas Escolas Promotoras da Saúde:

- Construção de políticas públicas saudáveis
- Criação de ambientes favoráveis
- Reforço da acção comunitária
- Desenvolvimento de habilidades pessoais
- Reorientação de serviços de saúde

A Promoção da Saúde na escola, para além do investimento na aquisição de competências por parte dos jovens e dos adultos que com eles se relacionam, tem

como principal finalidade mudar e desenvolver o ambiente físico e social, de modo a tornar as escolhas saudáveis mais fáceis (Loureiro, 2004). É importante que o ambiente para além de ser saudável tenha condições para que os alunos possam optar e tomar decisões de forma a promover a sua saúde. Assim, é desejável que este seja dotado de infra-estruturas para a prática de desporto e de lugares para fazer refeições saudáveis e apelativas.

Segundo Loureiro (2004), uma Escola Promotora da Saúde, toma os alunos como pessoas completas em que os valores e oportunidades determinam comportamentos que se inter-relacionam de uma forma sistémica; as áreas frequentemente abordadas em Educação para a Saúde são a alimentação, a actividade física, comportamentos tabágicos e o relacionamento com os outros e com o meio. Todos os esforços se unem para se promoverem escolhas saudáveis quer através da transmissão de conhecimentos quer através de ofertas saudáveis.

Gomes (2009) considera que as Escolas Promotoras da Saúde devem promover mudanças nas seguintes dimensões: curricular, psicossocial, ecológica, comunitária e organizacional. Na primeira dimensão o mais importante é o facto de que quer os alunos, quer os professores relacionem os conteúdos disciplinares à vida e ao quotidiano. Na segunda dimensão, é de sublinhar a importância de se abordarem as formas como resistir às influências psicossociais que levam os jovens a terem comportamentos nefastos como fumar, entre outros. Relativamente à dimensão ecológica, esta tem como objectivo a preservação e ou melhoria de todos os espaços onde se processa a vida escolar. A dimensão comunitária tem em vista a integração da escola na vida da comunidade de que faz parte e o aproveitamento dos recursos para uma melhoria dos resultados. Implica intervenções da escola para a comunidade e vice-versa. Há uma necessidade marcada da escola se comprometer com o seu meio envolvente. Finalmente, temos a dimensão psico-social, que diz respeito à cultura e ao clima da escola. Tem como objectivo aumentar o prazer de trabalhar na instituição e o sentimento de pertença a esta. É desejável que se crie um ambiente de solidariedade e de entreajuda que evite conflitos.

A Organização Pan-Americana da Saúde (2003) considera que os jovens necessitam de uma educação para a vida que promova o desenvolvimento das suas capacidades de aprendizagem e o fortalecimento de competências para enfrentar o mundo actual. Assim, considera-se que os jovens devem desenvolver *habilidades para a vida* que constituem uma ferramenta de apoio aos processos de Educação para

a Saúde no âmbito escolar. Estas habilidades têm como objectivo o desenvolvimento de habilidades com aplicação numa ampla variedade de situações quotidianas de risco. Estas são: conhecimento de si mesmo, empatia, comunicação efectiva, relacionamentos interpessoais, tomada de decisões, solução de problemas, pensamento criativo, pensamento crítico, manejo de emoções e sentimentos, manejo de tensões e stress.

Relativamente ao cenário nacional, Portugal aderiu à Rede Europeia de Escolas Promotoras da Saúde no ano de 1994. Iniciou a sua actividade com uma experiência piloto que, no ano de 1999, os Ministérios de Educação e da Saúde alargaram através de legislação e de estruturas de apoio (DGS, 2006 a). Isto, permitiu aos profissionais de saúde e de educação assumirem a Promoção da Saúde como um investimento sólido e promotor de ganhos efectivos em saúde.

## 1.5 O Enfermeiro Escolar

A Saúde Escolar surgiu em Portugal no início do Século XX e foi-se adaptando às necessidades da escola e dos indivíduos até à actualidade, sendo sujeita a várias reformas. Até 1971, o Ministério da Educação foi o organismo que organizou e geriu a intervenção médica na escola, através dos Centros de Medicina Pedagógica. Estes, vocacionados para actividades médicas e psicopedagógicas, funcionavam apenas em Lisboa, Coimbra e Porto.

Entre 1971 e 2001, os Ministérios da Educação e da saúde dividiram responsabilidades no exercício da saúde escolar, e embora a sua intervenção tivesse os mesmos objectivos, as metodologias usadas eram diferentes. Os Centros de Medicina Pedagógica foram extintos em 1993 e os seus profissionais integrados nos quadros das Administrações Regionais de Saúde em 2002.

Em 1995 foi aprovado o Programa Tipo de Saúde Escolar. O objectivo deste documento era elevar o nível educacional e de saúde da população escolar.

É o Ministério da Saúde que tem a tutela da Saúde Escolar desde 2002, competindo a sua implementação aos Centros de Saúde.

Em 2006, foi aprovado o Programa Nacional de Saúde Escolar, destinado aos profissionais e estruturas do Sistema Nacional de Saúde e seus utilizadores.

O Plano Nacional de Saúde (2004-2010) define as prioridades de saúde baseadas na evidência científica com o objectivo de obter ganhos em saúde e inclui o Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre factores determinantes da saúde relacionados com os estilos de vida. Este visa reduzir os factores de risco e aumentar os factores de protecção face a doenças crónicas e não transmissíveis.

Desde 1994 que Portugal integra a Rede Europeia de Escolas Promotoras da Saúde. Em 2006 os Ministérios da Educação e da Saúde assinaram um protocolo que reafirma o compromisso de incrementar modelos de parceria para a implementação dos princípios das escolas promotoras da saúde.

As estratégias do Plano Nacional de Saúde inscrevem-se na área da melhoria da saúde dos alunos e da restante comunidade educativa, com propostas de actividades assentes em 2 eixos: a vigilância e protecção da saúde e a aquisição de conhecimentos e competências em promoção de saúde. É no desenvolvimento destas actividades que as equipas de saúde escolar assumem um papel activo na gestão dos determinantes de saúde da comunidade educativa e contribuindo assim para a obtenção de ganhos em saúde a médio e a longo prazo (DGS, 2006 a).

A implementação dos programas de saúde cabe ao órgão de direcção do Centro de Saúde, que pode nomear um coordenador do PNSE, a quem competirá a operacionalização e avaliação.

Para dar resposta às necessidades das escolas serão constituídas equipas nucleares de saúde escolar, que devem ser compostas por médico e enfermeiro, na base das 24h por semana por cada grupo de 2500 alunos, a distribuir de acordo com as actividades de cada técnico (DGS, 2006 a). Os enfermeiros, juntamente com os médicos e outros profissionais de saúde, devem basear a sua intervenção nas quatro áreas de intervenção do PNSE: a saúde individual e colectiva, a inclusão escolar, o ambiente escolar e os estilos de vida. Estes profissionais, pertencem ao Centro de saúde, mas desenvolvem a sua actividade em escolas, ou seja, são enfermeiros no âmbito da saúde escolar.

O insucesso escolar aumenta o risco de delinquência e de consumo de substâncias nocivas e, ao invés, o envolvimento da escola numa prática pedagógica e num desenvolvimento social e emocional dos seus elementos aumenta a assiduidade, a produtividade e o aceso adequado a serviços de saúde (DGS, 2006 a). Assim, é importante que a escola e os profissionais de saúde actuem de forma sinérgica para que se crie um ambiente salutar e promotor do bem-estar nas instituições de ensino.



Existem alguns estudos sobre a saúde escolar, os serviços de saúde e os enfermeiros. Faria et. al. (2004), desenvolveram um estudo qualitativo/interpretativo com recurso a entrevista semi-estruturada que pretendia saber em que medida as escolas e os serviços de saúde contribuem para uma efectiva escola promotora da saúde. A amostra era constituída pela totalidade de Centros de Saúde e pelas escolas promotoras da saúde do 1.º Ciclo do Ensino Básico. Deu-se atenção ao tipo de actividades de saúde escolar desenvolvidas pelas escolas e à percepção das equipas de saúde escolar e dos professores sobre a receptividade das escolas, das intervenções pontuais versus as programadas e continuadas com os aspectos positivos e dificuldades nas parcerias centro de Saúde e Escolas do Ensino Básico do 1.º Ciclo. Concluiu-se que os responsáveis das equipas de saúde escolar dos Centros de Saúde consideraram o seu apoio às escolas contínuo enquanto que os professores referem que este apoio é pontual. Ambos apontam a falta de recursos humanos para acompanhamento dos projectos como uma das principais dificuldades sentidas.

Pereira et. al. (2000), através de um estudo avaliaram as práticas alimentares e de saúde (higiene e exercício físico) junto de um grupo de crianças do 3.º e 4.º ano. Optaram por um programa de intervenção de grupo que visava a promoção de um estilo de vida saudável. Os instrumentos utilizados foram um questionário de hábitos alimentares e outro de práticas de saúde (a preencher pelos alunos), uma *checklist* de alimentos (a preencher pelos pais dos alunos) e um questionário demográfico. Concluiu-se que há uma grande necessidade de se criarem nas escolas programas de promoção da saúde ao nível dos hábitos alimentares. Salientou-se também a importância das equipas multidisciplinares nestes programas em que pais, professores e diferentes profissionais de saúde participam no sentido de modelar e alargar o contexto do impacto das intervenções.

Ribeiro (2004) desenvolveu um estudo de carácter qualitativo com recurso a entrevista com a finalidade de conhecer a opinião dos professores sobre educação para a saúde e sobre quem a deve realizar nas escolas básicas. Concluiu-se que o principal conceito de educação para a saúde encontrado foi “adquirir conhecimentos que pudessem beneficiar a aquisição de comportamentos saudáveis” e que os professores consideram que quem deve realizar a educação para a saúde seriam profissionais especializados, nomeadamente médicos e enfermeiros.

Candela et. al. (2006) publicaram um estudo sobre a realidade espanhola e defendem que a Educação para a Saúde exige um profundo conhecimento de várias

disciplinas como as Ciências da Saúde, Ciências Sociais, Ciências da Educação e Ciências da Comunicação. É assim difícil encontrar um profissional com formação em cada uma destas áreas, sendo o enfermeiro o profissional que lidera. Os mesmos autores referem que o ideal seria que cada escola tivesse uma equipa de educação para a saúde constituída por um profissional de saúde, um sociólogo ou antropólogo e um psicólogo. Tendo em conta que esta situação não é viável, podemos considerar o enfermeiro como um profissional com competências e conhecimentos adequados uma vez que na sua formação base adquire conhecimentos sobre saúde, educação e pedagogia.

O PNSE não exclui o ensino particular, no entanto não tem recursos suficientes para o abranger. Assim, a estratégia das instituições de ensino particular foi contratar enfermeiros. Estes prestam cuidados de saúde diversos, normalmente num espaço adequado, como um gabinete de enfermagem e desenvolvem diversas actividades de promoção e educação para a saúde.

O enfermeiro escolar tem assim uma grande responsabilidade na medida em que deve possuir um vasto leque de conhecimentos em diferentes áreas para que possa desenvolver actividades pertinentes e prestar cuidados adequados.

A *National Association of School Nurses* (NASN) refere ainda que o enfermeiro escolar promove o sucesso escolar através da prestação de cuidados de saúde, sendo que a saúde individual do aluno se relaciona com o seu estado de saúde geral (NASN, 2011).

Relativamente às diferentes funções que cabem aos enfermeiros escolares, podemos enumerar as seguintes:

- Prestação de cuidados a alunos com alergias através da implementação de intervenções preventivas ou curativas e administração de terapêutica se necessário (NASN, 2001);
- Gestão de doenças crónicas como a diabetes mellitus, asma, alergias, alterações do sistema imunitário, cancro, problemas ortopédicos e perturbações neuromotoras (NASN, 2006);
- Actuação em caso de emergência ou catástrofe (NASN, 2011);
- Coordenação de programas de imunização e vacinação a nível escolar e comunitário (NASN, 2010);
- Desenvolvimento de planos de saúde individuais (NASN, 2008);

- Gestão de doenças infecciosas através do desenvolvimento de programas adequados e interpretação e análise de informações de saúde pública (NASN, 2011);
- Administração de terapêutica em situações agudas ou crónicas aos alunos de forma a assegurar a adesão e a segurança (NASN, 2011);
- Gestão de situações de pediculose e outras parasitoses (NASN, 2011);
- Desenvolvimento de actividades de diagnóstico, prevenção e actuação em caso de obesidade ou excesso de peso (NASN, 2011);
- Inclusão da educação sexual e reprodutiva nos programas de saúde de modo a prevenir as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) e a promover o bem-estar e a saúde do indivíduo (NASN, 2005);
- Prevenção da violência através de técnicas de resolução de conflitos e da promoção da saúde mental do aluno (NASN, 2005).

De facto, a amplitude das intervenções a realizar pelos enfermeiros escolares é grande. Algumas instituições de ensino particular optaram por contratar enfermeiros a tempo inteiro, o que vai promover a realização destas intervenções ao longo do ano escolar. Saliente-se que as intervenções planeadas e realizadas têm sempre em conta o contexto e a população alvo de modo a assegurar a sua pertinência.

Igoe et. al. (1999) referem que o enfermeiro escolar se encontra numa posição única para ajudar as crianças a gerir os problemas de saúde e a fazer educação para a saúde para que possam gozar de boa saúde quer ao longo da idade actual, quer ao longo da idade adulta. Estes autores retratam a realidade do enfermeiro escolar nos Estados Unidos da América (EUA), onde os enfermeiros, para além das intervenções indicadas anteriormente podem também desempenhar a função de gestor de saúde escolar. As actividades associadas a este cargo incluem:

- Elaboração de políticas que assegurem um programa de saúde escolar global e integrado
- Gestão de casos de forma a ajudar as famílias
- Responsabilidade na gestão de programas
- Responsabilidade na promoção e na protecção da saúde incluindo educação para a saúde no currículo, exames de saúde, vigilância, encaminhamento de crianças com problemas de saúde e participação em actividades que irão tornar o ambiente escolar mais seguro para as crianças

## 1.6. Os hábitos de saúde na adolescência

A adolescência é um período de desenvolvimento e maturação que se verifica após a infância e antes da idade adulta. São vários os autores que a definem.

Segundo a OMS (2001) este período caracteriza-se por alterações fisiológicas rápidas e objectivas tais como um rápido crescimento, maturação do sistema reprodutor e alterações no aspecto físico. Neste processo de passagem da dependência da infância, para a interdependência da idade adulta, verifica-se um desenvolvimento psicossocial significativo e em particular nos aspectos emocionais, intelectuais e espirituais. É com o aparecimento da menarca nas meninas e da espermarca nos meninos que se determina o início deste mesmo período.

Para Matos et. al. (2009) a adolescência é mais do que uma etapa de desenvolvimento que conduz da infância até à idade adulta; é um período de intensas transformações físicas e psicológicas, onde o corpo juvenil tem um lugar decisivo. De facto, é neste período que o corpo sofre uma mudança radical e em que ocorre uma significativa maturação psicológica.

Bee (2003) divide a adolescência em duas fases distintas. A primeira, a adolescência inicial, é caracterizada por um período de transição e de mudanças significativas em quase todos os aspectos do funcionamento da criança. A segunda fase, a adolescência final, é mais uma época de consolidação, na qual o jovem estabelece uma nova identidade mais coesa, com objectivos e compromissos de papel mais claros.

É de salientar que a adolescência, enquanto conceito, é uma realidade histórica relativamente recente e que surgiu em meados do século XIX, altura em que as famílias passaram a ter um maior controle sobre as crianças até ao seu casamento. Aliás, foi só após a Segunda Grande Guerra que este conceito se implementou tal como o conhecemos actualmente (Gaspar, 2006).

Léon (2004) considera que entre a infância e a idade adulta o indivíduo passa por duas fases: a adolescência (entre os 12 e os 18 anos de idade) e a juventude (entre os 15 e os 29 anos). Por volta do fim da segunda década de vida ocorre a transição para a idade adulta que varia com factores como a entrada para o mercado de trabalho e a independência económica.

Quando se toma a adolescência como um percurso de transição, temos de considerar os contornos peculiares dessa mesma trajectória. A puberdade, enquanto fenómeno biológico, funciona como catalisadora do processo individual de crescimento e do enriquecimento cognitivo e emocional, por outro os traços de socialização numa determinada comunidade e num determinado momento histórico modelam as representações sobre a vida, o mundo e as pessoas e condicionam os comportamentos (DGS, 2006 b).

Mais uma vez temos a influência do meio no indivíduo e nas suas concepções. A adolescência é um processo, que ocorre ao longo do tempo, num determinado meio sociocultural e que leva a uma maturação e ao desenvolvimento do indivíduo.

A adolescência é assim uma fase da vida caracterizada por significativas mudanças quer físicas, quer psicológicas. Segundo Prazeres (2003) de um modo geral, os adolescentes são considerados saudáveis uma vez que já ultrapassaram as doenças graves da infância e os problemas relacionados com o envelhecimento ainda estão longe. Apesar disto, durante esta fase, verificam-se comportamentos e estabelecem-se hábitos susceptíveis de comprometer quer a saúde actual, quer a saúde futura. Parte significativa da mortalidade na idade adulta tem a sua génese na segunda década de vida (Prazeres, 2003). Os hábitos de vida estabelecidos durante a adolescência vão condicionar a saúde do jovem quer no presente, quer no futuro.

Torna-se assim importante a Promoção da Saúde nesta fase, já que terá repercussões num período alargado. Segundo a DGS (2006 b) a Promoção da Saúde juvenil, pode constituir um investimento significativo em termos de ganhos de saúde no plano individual e colectivo, contribuindo para o desenvolvimento e para o bem-estar das populações.

É assim importante promover hábitos de vida saudáveis. Gaspar et. al. (2008) considera que nas sociedades mais desenvolvidas, a promoção e a educação para a saúde tem como propósito incentivar os indivíduos a adoptar estilos de vida saudáveis desde tenra idade com o objectivo de se conseguir uma melhor qualidade de vida.

Para este processo de Promoção da Saúde, é importante que se conheçam os hábitos de vida dos indivíduos, para adequar ao máximo as intervenções.

Seguidamente serão analisados os hábitos de vida dos adolescentes em diferentes áreas.

- **Alimentação e Actividade Física**

A alimentação é uma necessidade humana básica e portanto inerente à vida. Esta permite fornecer energia, construir e reparar estruturas orgânicas e regular os processos de funcionamento do nosso organismo, para além de constituir um instrumento de socialização e de expressão cultural (DGS, 2006 c). De facto, este processo é necessário em todos os indivíduos e nas diferentes fases da vida, no entanto, e tendo em conta que contribui para a construção de estruturas orgânicas, assume um papel mais significativo na infância e na adolescência.

Uma alimentação saudável e equilibrada é um factor determinante para ganhos em saúde. Ao prevenir desde tenra idade erros alimentares, evitam-se doenças e custos para a população (Baptista, 2006).

Uma alimentação saudável reflecte-se no corpo e na saúde do indivíduo. A DGS define alimentação saudável como “*uma forma racional de comer que assegura a variedade, equilíbrio e quantidade justa de alimentos, escolhidos pela sua qualidade nutricional e higiénicas, submetidos a benéficas manipulações culinárias.*” (DGS, 2006 c, p.4).

A alimentação, para que possa ser considerada saudável, deve ser racional e preparada ou cozinhada de forma apropriada, o que nem sempre se verifica nos dias de hoje, devido ao actual estilo de vida. Os hábitos alimentares dos adolescentes são influenciados por factores biológicos e psicológicos, factores sociais, ambiente físico e sociedade. É de salientar que os jovens pertencentes a famílias de níveis socioeconómicos desfavorecidos têm, normalmente, uma alimentação menos saudável (DGS, 2006 c).

É importante que os jovens saibam comer bem e que se sintam motivados para a prática de uma alimentação saudável. A Roda dos Alimentos é um guia muito útil que nos ajuda a cumprir uma alimentação salutar. Esta é constituída por sete grupos, cada um dos quais com um tamanho diferente. É importante comer diariamente alimentos de cada um dos grupos, comer maior quantidade dos alimentos pertencentes aos grupos de maior dimensão e menor quantidade dos que se encontram nos grupos de menor dimensão e por fim comer alimentos diferentes dentro de cada grupo variando.

Os adolescentes passam grande parte do tempo na escola e portanto é lá que realizam várias das suas refeições diárias. Assim, as escolas, enquanto espaços educativos e promotores da saúde devem criar cenários valorizadores de uma

alimentação saudável quer através de conteúdos curriculares quer através da sua oferta alimentar (Baptista, 2006). Ou seja, não é suficiente ensinar as regras da alimentação saudável aos alunos, é também necessário dispor de meios para que os alunos as cumpram durante a permanência no estabelecimento de ensino.

A DGS reforça esta ideia através da seguinte afirmação:

*“As crianças e jovens passam grande parte da sua vida dentro dos estabelecimentos de ensino e aí têm de fazer grande parte da sua alimentação, daí o papel que a escola pode ter na formação dos hábitos alimentares dos nossos jovens. O contexto escolar, ao favorecer dentro da sala de aula uma abordagem curricular dos temas relacionados com a alimentação e ter a possibilidade de fornecer alimentos saudáveis nos espaços de alimentação colectiva, permite mudar não só conhecimentos como comportamentos.”* (DGS, 2006 c, p.3)

Em suma, deve haver concordância entre o que é leccionado e o que é oferecido ou disponibilizado. Desta forma, Baptista (2006) determinou quais os géneros alimentícios a promover, a limitar e a indisponibilizar em contexto escolar. Alimentos como leite meio gordo ou magro sem adição de açúcar, iogurtes, batidos de leite e/ou fruta sem adição de açúcar, sumos de fruta naturais ou 100%, água e pão devem ser promovidos. As razões são o baixo teor em açúcares e gorduras e os elevados níveis de fibras, vitaminas e minerais. Relativamente aos alimentos a limitar temos: bolachas ou biscoitos com baixo teor de lípidos/açúcar; barras de cereais, bolos, manteiga, cremes para barrar com baixo teor de lípidos; geleias ou compotas com um teor de açúcar inferior a 50%; gelados de leite ou fruta e chocolates (com maior teor de cacau, sem recheio e em embalagem com um máximo de 50 g). A justificação é o teor de gordura, valor energético inferior ou igual a 250 Kcal, máximo de 35% do peso proveniente de açúcares ou 15 g de açúcares adicionados, máximo de 30-35% de valor energético proveniente dos lípidos, máximo de 10% de valor energético proveniente de ácidos gordos e máximo de 360 mg de sódio.

Finalmente, considera-se que alimentos como salgados (rissóis, croquetes), enchidos, condimentos, refrigerantes, gelados de água, marmeladas e comportas com teor de açúcar superior a 50%, rebuçados, caramelos, batatas fritas, hambúrgueres, cachorros, cerveja sem álcool e chocolates em embalagens com mais de 50 g devem ser indisponibilizados. Tal deve-se ao facto deste alimentos terem um elevado teor de

açúcares e gorduras, reduzido ou nulo teor de fibras, excesso de sódio, doses elevadas de corantes ou conservantes e edulcorantes (Baptista, 2004).

Outra vertente também importante é a exigência das merendas e lanches saudáveis e atractivos aos pais e Encarregados de Educação (DGS, 2006 c). Com esta medida pretende-se assegurar a salubridade destas mesmas refeições e também a satisfação das crianças e adolescentes de forma a evitar a procura de cafés e pastelarias para a compra de alimentos para consumir ao lanche.

As cantinas devem também proporcionar refeições saudáveis, atractivas e equilibradas (Baptista, 2006; DGS, 2006 c). Em conclusão, é importante que os estabelecimentos de ensino unam esforços para ensinar e promover uma alimentação saudável, quer dentro quer fora da escola.

Há vários estudos publicados sobre a importância de uma alimentação saudável. Rosendo et. al. (2008) publicaram um artigo que tem como objectivo compreender a importância da prevenção da obesidade e de saber fazer escolhas acertadas em diferentes contextos. Concluiu-se que a promoção da alimentação saudável é parte integrante e eficaz na prevenção da obesidade e que fazer escolhas acertadas é essencial, sendo a educação para a saúde determinante. É importante educar as populações relativamente à realização de compras, leitura de rótulos e escolha de ementas quer no domicílio quer no restaurante.

Carlos et. al. (2008) realizaram um estudo entre Outubro de 2007 e Junho de 2008 em crianças do 1.º Ciclo do Ensino Básico (EB) numa escola em Coimbra com o objectivo de descrever os estilos de vida relativamente às pequenas refeições, prática de actividade física e comportamentos. Concluiu-se que a maior parte das crianças tomava o pequeno-almoço diariamente (92,6%), sendo este constituído maioritariamente por leite e cereais e que a maioria consumia bolos e bolachas ao lanche. Relativamente à Actividade Física, as crianças deslocavam-se maioritariamente de carro, praticavam 1h de Educação Física por semana e nos recreios mais de metade (68,6%) jogava futebol. A prevalência de excesso de peso e obesidade era semelhante à prevalência a nível nacional.

De acordo com o estudo HBSC - 2010 (Health Behavior in School-aged Children):

- A maioria dos adolescentes refere que toma o pequeno-almoço todos os dias durante a semana (80,4%). Ao fim-de-semana, a percentagem de alunos que refere tomar o pequeno-almoço é de 81,6%;



- Relativamente ao consumo de frutas, 50,7% refere que come fruta pelo menos uma vez por semana, 41,6% pelo menos uma vez por dia e 7,7% raramente ou nunca comem fruta;
- Quanto ao consumo de vegetais, 61,4% refere que come vegetais pelo menos uma vez por semana, 26,8% pelo menos uma vez por dia e 11,8% raramente ou nunca comem vegetais;
- Relativamente ao consumo de doces, 66,6% refere que come doces pelo menos uma vez por semana, 17,5% pelo menos uma vez por dia e 15,9% raramente ou nunca comem doces.

Relacionada com a alimentação está a obesidade, actualmente um problema de saúde pública. Segundo a OMS (2000) a obesidade é uma doença em que o excesso de gordura acumulada pode atingir graus capazes de afectar a saúde. De facto, a obesidade é uma doença crónica que afecta indivíduos de ambos os sexos em especial nos países desenvolvidos devido ao tipo de alimentação e ao estilo de vida.

A DGS (2005 b) refere que a prevalência da obesidade é igual ou superior à da desnutrição e das doenças infecciosas e que caso não se tomem medidas drásticas para a sua prevenção e seu tratamento, em 2012 mais de metade da população será obesa. É necessária uma intervenção adequada para prevenir esta doença crónica que tem repercussões quer a nível social quer na saúde individual.

A obesidade infantil tem sido alvo de uma maior preocupação em Portugal. Há estudos que referem que no nosso país cerca de 30% das crianças e jovens têm excesso de peso (ME, 2006). Tendo em conta que a obesidade se relaciona com os hábitos de vida, escolhas e comportamentos dos jovens e que estes se iniciam na infância e se mantêm por toda a vida adulta pode-se considerar que a melhor altura para se realizarem intervenções preventivas e incentivadoras de hábitos saudáveis é sem dúvida na infância.

Padez (2002) desenvolveu um estudo no qual participaram 6202 alunos da Universidade de Coimbra com idades compreendidas entre os 18 e os 23 anos e que foram observados entre 1995 e 2001. O excesso de peso foi de 20,3% nos rapazes e de 10,5% nas raparigas e a obesidade foi de 2,7% nos rapazes e de 1,3% nas raparigas. Nesta amostra verificou-se um aumento de obesidade em filhos cujos pais possuem um baixo grau de instrução e uma menor percentagem nos filhos de pais com um grau de instrução superior. A disponibilidade dos alimentos em abundância

e a vida sedentária provocam um acentuado desequilíbrio no nosso balanço energético.

É também importante salientar que a obesidade e o excesso de peso têm também consequências psicossociais já que podem levar a situações de discriminação social, auto-imagem negativa que persiste na adolescência e na vida adulta, problemas de comportamento e aprendizagem (DGS, 2006 c). Ao prevenir a obesidade também se estão a prevenir uma série de situações negativas para o jovem do foro mental.

Segundo a DGS (2005 b) o excesso de gordura resulta de sucessivos balanços energéticos positivos, em que a quantidade de energia ingerida é superior à quantidade de energia despendida. Este desequilíbrio tende a manter-se, o que faz da obesidade uma doença crónica. Uma dieta hiperenergética, com excesso de lípidos, de hidratos de carbono e de álcool, assim como o sedentarismo, levam à acumulação de excesso de massa gorda. Pode-se então concluir que os dois grandes factores da obesidade são a alimentação (hipercalórica) e a vida sedentária com pouco ou nenhum exercício físico.

Para avaliar a obesidade das crianças e jovens, em Portugal, utilizam-se como instrumentos o Índice de Massa Corporal (IMC) e as curvas de crescimento do *National Center for Health and Statistics* (NCHS). Para calcular o IMC procede-se à divisão do peso (em kilogramas) pela estatura ao quadrado (em metros). As curvas de crescimento são utilizadas desde 1981, mas a curva com o IMC só foi incluída no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil em 2005. O IMC da criança tem como padrão de referência as tabelas de crescimento de acordo com a idade e o sexo, da DGS. O IMC da criança inclui 4 categorias: a) Abaixo do percentil 5 – subpeso; b) Entre os percentis 5 e 85 – peso adequado; c) Entre os percentis 85 e 95 – Excesso de peso; d) Acima do percentil 95 – obesidade (DGS, 2006 d).

De acordo com a DGS (2006 d), as curvas de IMC permitem monitorizar o estado de nutrição, identificando não só as crianças e adolescentes obesos como também os que se encontram em risco de o vir a ser. De notar que a procura de uma faixa de peso saudável e o combate ao excesso de peso e obesidade devem ser uma preocupação de todos os profissionais que trabalham com crianças e com as suas famílias.

Pereira et. al. (2003) referem que a obesidade é, actualmente, uma importante causa de doença e de morte pelo que se torna importante avaliar os custos deste

problema. Dentro destes custos podemos considerar dois grandes grupos: os custos directos (que representam as despesas do sistema de saúde e dos pacientes com o tratamento, prevenção e diagnóstico de determinadas doenças) e os custos indirectos (que constituem os valores de produção perdida devido à doença e à morte prematura). Conclui-se que, em 2002, o custo indirecto total da obesidade era de 200 milhões de euros, tendo a mortalidade contribuído com 58,4% deste valor. Assim, mais uma vez se justifica a implementação de medidas preventivas da obesidade quer a nível da alimentação quer a nível do exercício físico, devendo estas iniciarem-se precocemente, ou seja, na infância e na adolescência.

Para combater a obesidade, para além da alimentação, a prática de actividade física torna-se importante. Segundo Matos et. al. (2009) a actividade física é qualquer movimento do corpo produzido pelos músculos esqueléticos e que provoca um aumento do gasto de energia. Esta pode ser caracterizada por quatro dimensões: o tipo de prática, a duração, a frequência e a intensidade. Podemos assim incluir na actividade física actividades como o desporto ou outras comuns do quotidiano que promovam um aumento do gasto de energia e que façam com que os músculos se exercitem.

Segundo a DGS (2007) a actividade física e os desportos saudáveis são essenciais para a nossa saúde e o nosso bem-estar e constituem um forte meio de prevenção de doenças. Uma vida saudável consegue-se através de uma alimentação saudável e da prática de actividade física.

Alves et. al. (2005) defendem que a prática de actividade física contribui para a diminuição do risco de aterosclerose; para um melhor controlo de doenças como a obesidade, a Hipertensão Arterial (HTA), a diabetes mellitus, a osteoporose, as dislipidemias e a asma; para uma redução do risco de alguns tipos de cancro e uma melhoria na auto-estima e no bem-estar do indivíduo. De facto, os benefícios da actividade física são vários e reflectem-se em diferentes níveis e aspectos.

Devido ao estilo de vida actual e aos empregos sedentários a actividade física tornou-se insuficiente. É necessário que esta seja promovida para que a saúde das populações seja promovida e protegida. A DGS (2007) recomenda que as crianças e os adolescentes pratiquem cerca de 20 minutos adicionais de actividade física vigorosa, 3 vezes por semana, sendo que o controle de peso requer pelo menos 60 minutos diários de actividade física rigorosa a moderada.

Silva (2008) publicou um artigo sobre um estudo realizado entre 130 alunas do Ensino Básico e Secundário da zona do Grande Porto praticantes de desporto escolar. Foi lançado um questionário que pretendia avaliar a presença de sintomatologia depressiva e o nível de satisfação com a imagem corporal. Concluiu-se que algumas destas jovens apresentavam ligeiros distúrbios emocionais, que apresentam uma maior preocupação com as partes do corpo onde a massa corporal aumenta com a entrada na adolescência e que a prática de actividade física promove o estabelecimento de relações inter-pessoais, a construção de atitudes e valores e promoção de sentimentos como a auto-confiança e a auto-superação.

- **Saúde Oral**

A saúde oral constitui um componente muito importante da saúde geral do indivíduo, em especial das crianças e dos adolescentes. De acordo com a DGS (2005 c), as doenças orais constituem um dos principais problemas de saúde da população infantil e juvenil, dada a sua elevada prevalência. No entanto, quando prevenidas e precocemente tratadas, quer a cárie quer as doenças periodontais são de grande vulnerabilidade, com reduzidos custos económicos e relevantes ganhos em saúde. Assim, é importante investir na prevenção e na educação, especialmente entre as camadas mais jovens da população para que não desenvolvam a doença ou para que este desenvolvimento seja menos significativo e para que se criem bons hábitos de higiene oral que irão perdurar por toda a vida.

A DGS define a cárie dentária como

*“Processo patológico, infeccioso, pós-eruptivo e de origem externa que se caracteriza pelo amolecimento da estrutura dura do dente, evoluindo, naturalmente, para cavidade. Mais frequente nas crianças que têm refluxo, consomem medicamentos açucarados, fazem dietas especiais e têm higiene oral deficiente.” (DGS, 2002, p.28)*

Este processo desenvolve-se devido à presença de bactérias produtoras de ácido que estão presentes na cavidade oral. Segundo Reis et. al. (2003) qualquer bactéria é capaz de transformar açúcar em ácido, no entanto os *Streptococcus mutans* e os *Lactobacillus* são particularmente eficazes devido à sua capacidade de viverem e de se multiplicarem no meio ácido que originam. O aumento destas mesmas bactérias na cavidade oral pode estar relacionado com uma dieta inadequada, uma baixa taxa

de secreção salivar, uma reduzida capacidade de tamponamento salivar, o pH, a presença de glicose na saliva e uma cárie em actividade.

Os mesmos autores referem que a cárie dentária é um problema de saúde pública uma vez que:

- Se encontra entre as patologias mais prevalentes mundialmente
- É responsável por enormes perdas (quer inerentes à capacidade geral, quer à incapacidade para o trabalho que originam)
- Se não for tratada normalmente origina a perda do dente
- O tratamento requer recursos técnicos, humanos e financeiros relevantes
- É em larga medida minimizada através de programas de prevenção e controle

Assim, é importante que se realizem actividades de carácter preventivo de forma a reduzir o número de cáries e também a promover o tratamento precoce desta situação.

Outra definição que merece ser abordada é a de doença periodontal. Segundo a DGS esta consiste na

*“Afecção que envolve as estruturas do periodonto (gengiva e ligamento entre o alvéolo e dente). É geralmente provocada pela acumulação de placa bacteriana subgengival. Mais frequente em crianças com defeitos do sistema imunitário e inadequada higiene oral.” (DGS, 2002, p.28)*

Quando se aborda a temática da saúde oral é imprescindível a referência ao Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO). Segundo a DGS este *“Desenha uma estratégia global de intervenção assente na promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças orais, desenvolve-se ao longo do ciclo de vida e nos ambientes onde as crianças e jovens vivem e estudam.” (DGS, 2005 c, p.1)*

O PNPSO está incluído no PNS 2004-2010 e tem como objectivos:

- Reduzir a incidência e a prevalência das doenças orais nos adolescentes
- Melhorar conhecimentos e comportamentos sobre saúde oral
- Promover a equidade na prestação de cuidados de saúde oral às crianças e jovens com necessidades de saúde Especiais.

Este é coordenado a nível nacional pelo Director-Geral e Alto-comissário da Saúde, a nível regional pela Administração Regional de Saúde (ARS) e a nível local pelo Director do Centro de Saúde.

As estratégias deste mesmo programa são a promoção da saúde oral no contexto familiar e escolar, a prevenção das doenças orais e o diagnóstico precoce e

tratamento dentário. Destina-se a grávidas e a crianças desde o nascimento até aos 16 anos de idade.

Segundo a DGS (2005 c), as actividades do programa devem ser incluídas nos programas de saúde materna, saúde infantil e juvenil e saúde escolar, ser desenvolvidas no Centro de Saúde e em instituições de ensino. O envolvimento dos profissionais de saúde é indispensável ao desenvolvimento das actividades do programa.

Para promover a Saúde Oral é necessário que o indivíduo tenha cuidados diários, nomeadamente a escovagem dos dentes e o uso de fio dentário. Segundo a DGS (2005 d) a escovagem para ser eficaz deve ser vigorosa e demorar 2 a 3 minutos e ser realizada com uma técnica adequada que leve à remoção da placa bacteriana. O fio dentário, por sua vez, deve ser utilizado uma vez por dia, preferencialmente à noite, antes de deitar. Relativamente ao uso de suplementos sistémicos de fluoretos durante a infância e juventude, estes não estão recomendados, podendo-se fazer excepcionalmente em crianças com alto risco de cárie dentária (DGS, 2005 c).

Estes cuidados, de elevada importância, devem ser complementados com uma alimentação saudável e pouco cariogénica. A DGS (2002) refere que os alimentos sólidos e aderentes aos dentes são os mais cariogénicos, que o efeito cariogénico dos alimentos é maior se estes forem ingeridos nos intervalos das refeições e que uma boa dieta deve incluir a ingestão de alimentos naturais, fruta, legumes, cereais e alimentos fibrosos. Associando estes cuidados a uma boa vigilância com consultas de higiene oral ou medicina dentária consegue-se uma boa prevenção da cárie e de outras doenças periodontais.

Para que os profissionais de saúde implementem medidas preventivas e interventivas precisam de um conhecimento actual e adequado da realidade. A DGS, através da Divisão de Saúde Escolar (DSE) planeou e coordenou em 1999 um estudo de âmbito nacional com o objectivo de avaliar a prevalência da cárie dentária entre a população escolarizada de 6, 12 e 15 anos de idade.

Segundo a DGS (2000 a), dos resultados deste estudo salientam-se os seguintes indicadores:

- A percentagem de crianças livres de cárie aos 6 anos foi de 33% (sendo inferior ao preconizado pela OMS – 50% para o ano de 2000)

- O índice de CPO (número de dentes cariados, perdidos e obturados na dentição permanente) aos 12 anos foi de 2.95, tendo-se assim atingido a meta da OMS para o ano de 2000 já que este valor foi inferior a 3
- O padrão de doença aos 15 anos, avaliado com o índice CPO é de 4,72%. A percentagem de jovens sem cárie é de 18,9%, apresentando 75,7% dos jovens todos os dentes.

Concluiu-se assim que são necessárias medidas que melhorem a saúde oral das crianças e dos adolescentes e que nos aproximem do preconizado pela OMS.

De acordo com o estudo HBSC (2010), a maioria dos jovens refere que lava os dentes mais do que uma vez por dia (67,4%). Sendo que 28,4% lavam pelo menos uma vez por dia, 3,1% pelo menos uma vez por semana e 1,2% raramente ou nunca lavam os dentes.

Freire et. al. (2007) publicaram um estudo transversal com o objectivo de investigar os hábitos de higiene oral de adolescentes e a sua relação com o sexo e o nível económico. Para tal foram aplicados questionários a 664 alunos com 15 anos e às suas mães, seleccionados aleatoriamente e pertencentes a escolas públicas ou privadas em Goiânia, Brasil. Os resultados mostraram que todos os adolescentes afirmavam que limpavam os dentes sendo os principais motivos a saúde (73,5%) e a limpeza (40,2%); a maioria relatou escovar os dentes 3 ou mais vezes por dia (77,7%); os recursos utilizados mais relatados foram a escova (97,6%), a pasta (90,5) e o fio dental (69,1%). Concluiu-se assim que os adolescentes relataram bons hábitos de higiene oral, os quais não são influenciados pelas variáveis sexo e nível socioeconómico.

Luís et. al. (2008) lançaram um estudo no qual se desenvolveram actividades clínicas e comunitárias de higiene oral para promover a saúde oral e educar para a saúde entre 507 crianças, com idades entre os 8 e os 10 anos. Estas actividades iniciaram-se em 1997 e duraram até 2005. As actividades incluíram uma consulta de higiene oral anual, actividades didácticas em sala de aula e uma actividade de motivação e educação anual. Foi aplicado um questionário aos professores para que estes avaliassem o programa. Concluiu-se que as actividades de educação para a higiene oral podem ser eficazes na educação do indivíduo e na prevenção de doenças orais; que a realização de actividades clínicas e comunitárias em simultâneo podem potenciar os resultados e que a avaliação das actividades é fundamental para o sucesso das mesmas e implementação de alterações pertinentes.

Temos assim diferentes estudos que demonstram a importância da prevenção e de um diagnóstico precoce de forma a promover a saúde oral da criança e do adolescente. Estas intervenções têm geralmente resultados muito positivos em especial na adolescência, uma vez que neste período os indivíduos se preocupam com a componente estética e relacional para além da saúde oral propriamente dita. Segundo a DGS (2005 c) no decurso da adolescência a higiene oral pode desempenhar um importante contributo na reformulação do auto-conceito e constituir um reforço positivo da auto-imagem. Assim, a adesão a práticas adequadas em termos de saúde oral não passa estritamente por motivações de carácter sanitário. É importante que os profissionais de saúde não deixem de valorizar as expectativas dos jovens em relação à componente estética e relacional.

- **Sono**

O sono constitui uma das Necessidades Humanas Básicas (NHB) do corpo que nem sempre é alvo da devida atenção, especialmente durante a adolescência. Hockenberry define o sono como a *“função de protecção em todos os organismos, permite o reparo e a recuperação dos tecidos após a atividade”* (Hockenberry, 2006, p.485). É durante o sono que o organismo recupera e que se prepara para novas actividades. Segundo a Sleep Foundation (2011 a), o sono é o alimento do cérebro, já que é durante esta fase que ocorrem importantes funções corporais e actividade cerebral.

Como em todas as NHB, cada indivíduo tem a sua necessidade, ou seja, o número de horas diárias de sono varia de pessoa para pessoa e relaciona-se com a idade. Segundo Hockenberry (2006) um adolescente com 12 anos necessita em média de 9h diárias de sono; aos 15 necessita de 8:30h e aos 18 entre 8 a 8:30h.

A adolescência é um período muito próprio da vida de um indivíduo e como é natural o sono ganha assim particularidades. As mudanças que ocorrem ao nível do funcionamento fisiológico, cognitivo, comportamental, social e emocional provocam efeitos substanciais nos padrões de sono (Matos et. al., 2009).

A satisfação da necessidade do sono tem repercussões no bem-estar e na saúde geral do adolescente. Segundo a Sleep Foundation (2011 a) muitos dos adolescentes têm um ritmo irregular de sono durante a semana, havendo uma diferença marcante entre os dias úteis e os fins-de-semana. É comum que a hora



de deitar e de acordar durante o fim-de-semana se prolongue e que o número total de horas de sono seja maior ao fim-de-semana.

É importante que o adolescente tenha determinados cuidados de forma a ter uma boa higiene do sono. Matos et. al. (2009) referem que é importante deitar e levantar a horas regulares, fazer exercício físico, fazer refeições leves ao jantar e não ingerir álcool ou café antes de deitar. Relativamente ao exercício físico, apesar de este ser promotor do sono não deve ser realizado à noite sob a pena de ter o efeito contrário.

A Sleep Foundation (2011 a) acrescenta ainda que é importante manter o quarto confortável (temperado, calmo e escuro), estabelecer um horário de sono e mantê-lo ao longo de toda a semana e fazer actividades semelhantes diariamente antes de deitar.

Quando não há um bom padrão de sono o organismo ressent-se de forma geral. Matos et. al. (2009) apontam como consequências da falta de sono o aumento da probabilidade de vir a desenvolver uma doença infecciosa e alterações nos processos de desenvolvimento psicossocial, físico e nas capacidades neurocognitivas. A Sleep Foundation (2011 a) acrescenta ainda como consequência o aumento do apetite, a possibilidade de comportamentos de carácter agressivo e uma maior propensão a problemas de pele como a acne.

É de notar a relação entre o sono, a alimentação e a obesidade. Como já foi referido, um adolescente que não satisfaça a sua necessidade de sono têm uma maior probabilidade de vir a comer em demasia, o que lhe poderá provocar um aumento de peso. Assim, um bom padrão de sono é importante na prevenção ou no tratamento da obesidade. A Sleep Foundation (2011 b) refere que os indivíduos que não dormem o suficiente são mais propensos a ter um maior apetite devido aos seus níveis de leptina (hormona reguladora do apetite). Podemos ainda acrescentar a este triângulo a actividade física, que se assume como promotora do sono e como agente preventivo ou como tratamento da obesidade.

O estudo HBSC (2010) relata que a maior parte dos adolescentes refere raramente ter dificuldade em adormecer (86,6% dos rapazes e 80,7% das raparigas). Cerca de 6,6% dos rapazes e 9,4% das raparigas tem dificuldade em adormecer mais do que uma vez por semana e 6,8% dos rapazes e 10% das raparigas tem dificuldade em adormecer quase todos os dias. É de salientar que a

maior parte dos jovens não relata dificuldade em adormecer e que essa mesma dificuldade é mais significativa no sexo feminino.

Boscolo et. al. (2007) publicaram um estudo com o objectivo de investigar os parâmetros relacionados com a qualidade de sono, o nível de actividade física habitual e a função cognitiva dos adolescentes. A amostra era constituída por 15 alunos brasileiros de uma escola pública e de duas escolas privadas. Foram aplicados questionários para avaliar o padrão de sono, o nível de actividade física habitual, o conhecimento geral e tipos de memória. Concluiu-se que os alunos com menos queixas de sono demonstraram melhor desempenho nas recordações de palavras, enquanto que os estudantes que frequentavam as aulas da manhã apresentavam uma redução na duração do sono e um aumento da sonolência diurna. Assim, o período de estudo e os hábitos de sono estão interligados e podem influenciar no desempenho escolar dos adolescentes em idade escolar. Com este estudo demonstrou-se assim que é importante que os adolescentes tenham bons hábitos de sono já que estes se reflectem no seu rendimento escolar.

Mesquita et. al. (2007) publicaram um estudo que pretendia analisar a influência do uso nocturno de computador na qualidade do sono num grupo de adolescentes. Para isso seleccionaram-se duas instituições de ensino médio. A amostra do estudo era constituída por 160 alunos com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos. Utilizou-se um questionário para a colheita de dados. Os resultados mostraram que o uso de computador é um factor que compromete o dormir bem. Concluiu-se assim que padrões irregulares de sono associados ao uso nocturno de computador estão associados à deterioração das qualidades de sono.

Com este estudo concluiu-se que é importante desincentivar o uso de computador à noite por adolescentes e promover a realização de outras actividades de carácter repetitivo e relaxante que promovam o sono.

Pereira et. al. (2010) publicaram um estudo com o objectivo de analisar pesquisas sobre sonolência diurna excessiva em adolescentes e apresentar, por meio de revisão sistemática, as prevalências e os factores associados. Os resultados demonstraram que a prevalência da sonolência diurna excessiva encontrada variou entre os 7,8% e os 55,8%; foram descritas associações entre a sonolência diurna excessiva e problemas do sono como bruxismo, apneia e insónia e que a relação entre factores biológicos, ambientais e comportamentais e

a sonolência diurna excessiva não foi clara. Assim, conclui-se que factores como o comportamento sedentário e hábitos alimentares foram pouco investigados e que apresentam resultados divergentes quando analisados como variáveis associadas à sonolência excessiva diurna. Assim, demonstra-se a necessidade de se realizarem mais investigações sobre o assunto.

- **Segurança e Prevenção de Acidentes**

A segurança nos jovens é muito importante já que permite evitar a ocorrência de muitos acidentes, alguns dos quais com desfechos fatais ou efeitos significativos na funcionalidade e na saúde geral.

Apesar da mortalidade entre os jovens ser baixa, é relevante estudar a questão dados os anos de vida perdidos e o facto de serem mortes evitáveis (Laranjeira et. al., 2005). A maioria dos acidentes que causam incapacidade ou morte são evitáveis pelo que deve haver por parte dos profissionais uma actuação que reduza a sua ocorrência.

De acordo com a DGS (2008), a OMS relata que os acidentes e a violência estão representados em 8 das 15 causas de morte na população entre os 15 e os 29 anos, contribuindo com 9% dos óbitos para a mortalidade global. A mesma fonte relata ainda que os acidentes e a violência matam anualmente mais de 5 milhões de pessoas no mundo e provocam lesões a muitas mais. Estes são a causa de muitas mortes e incapacidades no mundo pelo que devem ser alvo de atenção por parte dos diferentes países e organizações.

A DGS (2008) refere que os acidentes geram um grande número de situações de deficiência e perda de funcionalidade entre os jovens cujos custos são difíceis de calcular. As consequências e os custos são de carácter económico e psicossocial afectando não apenas as vítimas mas também as suas famílias.

Do PNS constam, no capítulo sobre traumatismos, ferimentos e lesões acidentais, um conjunto de intervenções que percorrem o ciclo de vida com especial destaque para os grupos mais vulneráveis e uma intervenção nos ambientes frequentados pelas pessoas, nomeadamente escolas, espaços de lazer e de trabalho (DGS, 2008). É assim importante educar para a saúde para que se promovam comportamentos preventivos e protectores da saúde por parte da população. Este processo deve ser realizado por profissionais com conhecimentos

sobre o corpo humano e a sua segurança e pedagogia; sendo que os enfermeiros encaixam na perfeição.

Segundo Pinheiro et. al. (2008) o enfermeiro tem um papel essencial no alcance dos objectivos mencionados ao educar para a saúde no âmbito da promoção da segurança intervindo na satisfação de uma das necessidades básicas da criança e da sua família. O processo de educar para a saúde deve ser dirigido às crianças e aos jovens e também aos adultos que interagem habitualmente com eles, nomeadamente pais, educadores, professores e vigilantes. É importante capacitar e autonomizar os indivíduos para que estes tomem comportamentos adequados e favoráveis à sua saúde. De Lima (2009) reforça a ideia referindo que o enfermeiro é um educador e um agente transformador, estando apto para realizar programas educacionais que envolvam pais e crianças no que diz respeito à prevenção de acidentes.

No ano de 2000 foi criado um sistema de recolha e de análise de dados sobre Acidentes Domésticos e de Lazer (ADL) que implicaram o recurso às urgências de unidades do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Este sistema tem o nome de ADELIA – Acidentes Domésticos E de Lazer Informação Adequada. Os seus objectivos são a curto prazo determinar as frequências e as tendências dos ADL e a longo prazo identificar situações de risco, estabelecendo uma base de apoio para uma política preventiva.

Rabiais et. al. (2006) apresentaram os dados relativos a este projecto obtidos durante o ano de 2005. Assim, concluiu-se que:

- O **local de ocorrência do acidente** mais comum foi em casa (52,1%), seguido das escolas/instituições (17,5%) e a área de transporte (10,4%). Na faixa etária dos 15 aos 19 o mais comum foi a escola ou instituições (30,8%).
- A **actividade do momento do acidente** mais referida foi outra (39,4%) seguida de lazer (31,9%) e doméstica (8,6%). Na faixa etária dos 15 aos 19 a mais comum foi o exercício físico (28,7%).
- Os **mecanismos de lesão** mais verificados foram as quedas (65,9%), o contacto com ... (15,2%) e a compressão ou corte (8,3%). Saliente-se que na faixa etária dos 15 aos 19 o mais comum foram as quedas (59,7%).

- Os **tipos de lesão** mais comuns são as concussões, contusões ou hematomas (46,0%), lesões não especificadas (33,0%) e as feridas abertas (16,1%). Na faixa etária dos 15 aos 19 os mais comuns foram as concussões, contusões e hematomas (55,1%).
- A **parte do corpo lesada** mais comum foram os membros (58,4%), a cabeça (31,6%) e o tronco (8,7%). Na faixa etária dos 15 aos 19 a mais comum foram os membros (73,5%).

Estes dados são importantes na medida em que permitem uma melhor compreensão e caracterização dos acidentes. Este processo é, por sua vez, importante no estabelecimento de programas de prevenção de acidentes.

Menezes et. al. (2006) publicaram um relatório sobre afogamentos em crianças entre 2005 e 2006. Em Portugal, estima-se que morrem por ano pelo menos 30 crianças por afogamento. Este documento foi realizado pela Associação para a Promoção da Segurança Infantil (APSI) com base em recortes de imprensa e nos registos cedidos pelo Instituto de Socorros a Náufragos (ISN). Com a análise dos recortes concluiu-se que ocorreram:

- 27 registos de afogamento entre Janeiro de 2005 e Setembro de 2006
- 22 registos de afogamentos fatais
- 17 registos de afogamentos no sexo masculino

Com a análise dos casos de afogamento em praias marítimas (ISN – 2005 e 2006) concluiu-se que ocorreram:

- 101 registos de afogamentos
- Predominância clara de afogamentos não fatais
- Maior incidência no sexo masculino
- Maior incidência durante a época balnear
- 5 afogamentos fatais em 2006 (1 numa praia vigiada; os restantes 4 fora da época e portanto em praias não vigiadas)

Com estes dados, concluiu-se que é importante a existência de estratégias múltiplas e complementares que ajudem a prevenir os acidentes. A nível ambiental é importante a colocação de barreiras físicas que atrasem o acesso à água, a escolha de praias vigiadas para nadar, sinalização adequada dos perigos existentes e existência de meios de socorro eficientes no local. A nível familiar, educacional ou comportamental é importante que se verifique uma vigilância

activa e adequada, que se ensinem as crianças a nadar, que as crianças usem auxiliares de flutuação, que os pais aprendam técnicas de reanimação e que as crianças aprendam as regras de segurança na água.

De Lima et. al. (2009) publicaram um estudo com o objectivo de conhecer os principais locais de ocorrência de acidentes em crianças no interior do ambiente doméstico, verificar quem estava presente e investigar quais as condutas dos pais ou responsáveis de acordo os acidentes. Este estudo, de carácter descritivo-exploratório, contou com a realização de uma entrevista estruturada a 65 famílias de crianças pré-escolares. Os resultados mostraram que não houve associação estatística significativa entre o tipo de acidente, o local de ocorrência e o tipo de assistência procurada e verificou-se associação entre as condutas dos pais ou responsáveis e os tipos de acidentes ocorridos com as crianças. Muitos dos pais ou responsáveis não tinham conhecimentos adequados dos cuidados a ter após os acidentes e por vezes agiam de forma errada. Conclui-se assim que o conhecimento destas variáveis é importante e que possibilita a realização de estratégias de educação para a saúde no âmbito familiar de modo a minimizar as consequências dos acidentes domésticos na infância.

Martins (2006) realizou um estudo que tinha como objectivo apresentar uma revisão sistemática da literatura dos acidentes entre menores de 15 anos. Tendo em conta a abrangência e a magnitude dos acidentes infantis, concluiu que há necessidade de acções preventivas junto dos profissionais de saúde, crianças, família, comunidade e sociedade em geral. Os estudos analisados enfatizam ainda importância de se conhecer a natureza e a realidade sobre os acidentes de modo a que se faça um bom diagnóstico que ajude a delinear a prevenção.

Assim, conclui-se que é importante fazer uma análise correcta da situação actual, quer relativamente aos conhecimentos que a população tem quer relativamente à ocorrência de acidentes. Com esta será possível delinear estratégias preventivas de maneira a reduzir o número de mortes evitáveis.

- **Consumos**

O consumo de substâncias (álcool, tabaco e drogas) é comum nos diferentes grupos socioeconómicos e em diferentes faixas etárias, no entanto, durante a adolescência este torna contornos particulares. Segundo Nunes (2004) a

adolescência é uma etapa particularmente vulnerável no que diz respeito ao consumo de substâncias uma vez que é um período de socialização onde o jovem adquire hábitos e atitudes, muitas vezes copiando de modelos que observa. Durante esta fase, há uma necessidade marcada de estabelecer autonomia e identidade assim como de demonstrar maturidade. Há uma série de factores que levam os adolescentes a consumir drogas. Marques et. al. (2008) apontam o meio ambiente, a cultura, a família, os pares, a necessidade de experimentar novas sensações e a própria saúde mental do adolescente.

As drogas constituem um problema individual, familiar e social devido aos seus efeitos. Gonçalves et. al. (2008) reforçam esta ideia e referem que as drogas lícitas (álcool e tabaco) e as ilícitas constituem um grave problema e que põem em risco as sociedades e a democracia uma vez que conduzem as pessoas a um estado de dependência física e psicológica, com graves consequências a nível ecossistémico.

O consumo de drogas põe também em causa a saúde mental do adolescente. Este consumo compromete a adopção de estratégias saudáveis para lidar com a ansiedade, a angústia e a canalização destes sentimentos para algo construtivo e criativo. A perturbação de saúde mental está subjacente ao abuso de substâncias (Marques et. al., 2008).

É assim importante prevenir o abuso de substâncias através de acções preventivas. Um excelente local para a realização deste tipo de acções é a escola ou as instituições de ensino, uma vez que é nestes locais que os adolescentes passam grande parte do seu tempo. Gonçalves et. al. (2008) referem que no domínio da prevenção dos consumos a OMS, a ONU e a UNESCO e ainda outros organismos internacionais consideraram a escola como um dos pilares básicos na prevenção. O mesmo autor refere ainda que é necessário o envolvimento dos professores, dos alunos e de elementos didáctico-pedagógicos.

Filho (2005) acrescenta ainda a necessidade de medidas comunitárias e desenvolvimento de políticas públicas de saúde claras.

Assim, torna-se importante a implementação de estratégias relacionadas com a dissuasão, a penalização e a regulamentação das condições e dos padrões de uso em contextos sociais específicos e mudança do clima social através da restrição da propaganda e promoção das substâncias, bem como através da informação, prevenção e educação para a saúde providenciada à população.

Em todo este processo, os pais assumem um papel de grande relevo. Camacho et. al. (2006) consideram que o relacionamento familiar e a influência dos estilos parentais e da comunicação familiar desempenham funções importantes para os adolescentes em relação à sua saúde mental e às suas competências psicossociais.

A actividade física é outro elemento promotor do bem-estar e da saúde geral do adolescente que se pode assumir como protector ou preventivo em relação ao consumo de substâncias. Segundo Naia et. al. (2008) há vários estudos que concluem que a prática de actividade física é um factor protector e que esta, para além de ocupar os tempos livres não é compatível com o consumo de substâncias ilícitas. Assim, demonstra-se mais uma vez a vantagem da realização de actividade física na adolescência.

Gonçalves te. al. (2008) publicaram um estudo que pretendia saber quais as preocupações dos alunos e professores em relação à adição de álcool, tabaco e drogas assim como quais as suas percepções relativamente ao género mais em risco, às campanhas escolares e aos programas ou manuais escolares. Concluiu-se que para ambas estas substâncias estão na origem de muitos problemas sociais, pessoais e económicos que afectam quer o individuo quer a sociedade. A escola é reconhecida pelo importante papel preventivo que desempenha, no entanto quer os alunos quer os professores pensam que nas práticas escolares, as acções de prevenção têm pouca expressividade.

Para analisar o consumo de drogas no nosso país, é útil recorrer ao estudo HBSC (2010). Este revela que:

- Relativamente ao consumo de drogas no último mês, por alunos do 10.º ano de escolaridade, 90,0% refere que nunca consumiu, 4,1% referem que consumiram uma vez e 3,5% referem que consomem regularmente;
- As drogas mais experimentadas foram o haxixe (8,8%), os estimulantes (3,4%) e a LSD (1,9%);
- O consumo das drogas anteriormente referidas é maior nos rapazes do que nas raparigas;
- 93,1% dos jovens inquiridos refere que nunca consumiu cannabis ao longo da vida, 3,0% refere que consumiu 1 ou 2 vezes e 3,9% refere que consumiu mais que 3 vezes;



- São os jovens mais velhos que mais referem ter consumido ao longo da vida e no último ano.

Marques et. al. (2000) publicaram um artigo sobre o consumo de drogas por adolescentes. Neste, é referido que os factores individuais que levam a este consumo são as emoções e os sentimentos associados a um intenso sofrimento psíquico, como depressão, culpa, ansiedade excessiva ou baixa auto-estima. Estes autores acrescentam ainda aspectos culturais e psicossociais como as leis, a disponibilidade de substâncias, as normas sociais e as privações económicas.

Relativamente ao consumo de álcool por parte dos jovens em Portugal, o estudo HBSC (2010) demonstra que:

- A bebida mais consumida é a cerveja, sendo que 91,7% dos jovens refere que raramente ou nunca bebe;
- São as raparigas que menos dizem beber qualquer tipo de bebida;
- Ao comparar o consumo nos diferentes anos de escolaridade, os mais velhos são os que relatam um maior consumo;
- 75,1% dos jovens refere que nunca se embriagou, 18,9% refere que se embriagou 1 a 3 vezes e 6,0 refere que se embriagou 4 vezes ou mais;
- São os rapazes que mais frequentemente referem que já estiveram 4 vezes ou mais embriagados e as raparigas que mais referem que isso nunca aconteceu.

Pechansky et. al. (2004) publicaram um estudo sobre o uso de álcool entre adolescentes no qual referiram que o álcool é a substância mais consumida entre os jovens sendo que a idade de início tem sido cada vez menor o que aumenta o risco de dependência futura. O uso de álcool está relacionado com uma série de comportamentos de risco, aumenta a probabilidade de envolvimento em acidentes e violência sexual. Provoca ainda modificações neuroquímicas com repercussão na memória e aprendizagem. Assim, é necessário que os profissionais conheçam o problema e realizem intervenções de carácter preventivo.

Quanto ao consumo de tabaco por adolescentes, o estudo HBSC (2010) revela que:

- A maioria dos adolescentes refere que nunca experimentou tabaco (70,0%);

- Não se encontraram diferenças significativas em relação à experimentação de tabaco pelos diferentes sexos, sendo que 29,5% das raparigas e 30,6% dos rapazes referiram já ter experimentado;
- A maior percentagem de alunos que experimentou tabaco pertence ao grupo dos mais velhos.

Nunes (2004) refere que o consumo de tabaco é, actualmente, a mais devastadora causa de doença evitável e de mortes prematuras, considerando-a uma epidemia global. O tabaco provoca problemas de saúde ao longo da vida quer ao fumador quer à população que embora não seja fumadora está exposta a este perigo. Este autor refere que o êxito da prevenção de tabagismo na adolescência passa por uma convergência de esforços entre os jovens, a família, a escola e a comunidade e enumera algumas medidas preventivas como o desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção do tabagismo escolar, envolvimento da família e cumprimento da legislação em vigor.

### • **Perturbações Mentais e Violência**

As perturbações mentais consistem numa série de problemas que se traduzem pela perturbação da relação do indivíduo consigo próprio ou com o meio e cuja origem reside num conjunto de factores de carácter genético, constitucional, educacional, cultural ou psicossocial (Matos et. al. 2009). São assim várias as causas das perturbações mentais, sendo importante conhecê-las de modo a proceder às alterações necessárias e possíveis para as evitar ao máximo.

Matos et. al. (2009) referem que na adolescência são muito frequentes as perturbações da ansiedade e a fobia social e que as depressões são frequentes, devendo ser distinguidas das alterações de humor. Em conclusão, em todas as situações o diagnóstico de uma perturbação mental na adolescência impõe prudência pelo estigma que estas contêm e o seu tratamento deve envolver os seguintes componentes: individual, familiar e contextual.

Durante anos, os problemas de saúde mental na adolescência foram ignorados, não havendo uma preocupação sobre o tema. Bahls (2002), a propósito da depressão, refere que o interesse científico por esta patologia é recente, e que até à década de 70, se acreditava que a depressão na adolescência fosse rara ou até mesmo inexistente. É importante ter em conta que a

adolescência é uma fase da vida em que ocorre um grande desenvolvimento (cognitivo, físico e sexual) e na qual há um grande investimento na área escolar. Tudo isto constitui um motivo para a vulnerabilidade às perturbações mentais.

Benetti (2007) considera que é necessário o desenvolvimento de acções que focalizem a saúde mental do adolescente, baseadas na compreensão, intervenção e elaboração de directrizes políticas. Os adolescentes são um grupo vulnerável e de risco em todas as categorias devendo ser assim alvo de preocupação. O mesmo autor, refere ainda que os transtornos mentais mais comuns na adolescência são a depressão, a ansiedade, os transtornos de conduta, a delinquência, o abuso de substâncias, a violência e os transtornos alimentares.

Os cenários ou ambientes violentos constituem um risco para a integridade e para a saúde mental dos adolescentes. De outra forma, um adolescente com condutas violentas pode ter uma perturbação mental e dificuldade em estabelecer relações sociais.

Segundo Matos et. al. (2009) o *bullying* é uma forma de comportamento agressivo e violento entre pares, pode ocorrer em qualquer local ou situação, manifesta-se de forma directa ou indirecta e é normalmente de carácter repetitivo. Este é um comportamento problemático e de complexa abordagem em que quer o agressor quer a vítima são vítimas. Os agressores são normalmente indivíduos com baixos níveis de preocupação com as suas vítimas, com falta de competências sociais para o estabelecimento de relações interpessoais positivas, falta de controlo e perturbadas psicologicamente. Por sua vez, as vítimas, podem ser passivas, sendo mais introvertidas, pouco confiantes e fisicamente mais fracas que os pares ou provocadoras, quando são excessivamente activas e reagem por impulso quando provocadas.

Matos et. al. (2009) acrescentam ainda que as consequências deste problema para as vítimas são graves, podendo ter efeitos a curto prazo como o aumento dos níveis de ansiedade, sintomatologia depressiva, ideação suicida e taxas mais elevadas de doenças ou a médio e longo prazo como absentismo escolar, sintomatologia depressiva e baixa auto-estima.

O estudo HBSC (2010) revela que:

- A maior parte dos alunos refere que nunca se envolveu em lutas no último ano (71,6%), sendo os alunos mais velhos quem mais o refere;

- A maioria dos alunos refere que não andou com armas no último mês (94,9%), sendo as raparigas quem mais o afirma;
- A maior parte dos alunos refere que nunca foi provocado (63,4%) e que nunca provocou (68,2%), sendo que os rapazes foram mais vezes provocados e tomaram mais vezes parte em provocações na escola.

#### • **Saúde sexual e reprodutiva**

A adolescência é uma fase de descobertas e de evolução, que se reflectem em diferentes vertentes, incluindo a sexualidade. Segundo Matos et. al. (2009) as alterações corporais que ocorrem a partir da primeira fase da adolescência são parte integrante do desenvolvimento humano e decorrem a par com o desenvolvimento sexual e as sensações eróticas. Há assim uma descoberta marcada sobre o corpo e sobre as vivências afectivas e sexuais.

A saúde sexual pode ser descrita nos adolescentes como a integração positiva dos aspectos físicos, emocionais, intelectuais e sociais da sexualidade, sendo que neste período, o desenvolvimento da sexualidade envolve alterações físicas associadas à puberdade, alterações psicológicas e acontecimentos interpessoais (Gaspar, 2006 b). A saúde sexual é assim abrangente e peculiar dada a complexidade desta fase na vida do indivíduo.

A OMS define saúde reprodutiva como o *“estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo, suas funções e processos.”* (OMS, 1994, p.10).

Para que a saúde reprodutiva seja protegida e promovida, é importante que os indivíduos, em particular os adolescentes, sejam alvo de educação sexual. De acordo com a DGS (2008 b), esta conduzirá ao controle da fertilidade e à prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), com consequências positivas na sexualidade, gravidez, infertilidade, vigilância pré-concepcional e pré-natal, segurança no parto, qualidade e sobrevivência das crianças.

O Ministério da Saúde (2005) considera que na esfera das atitudes, a educação sexual pode contribuir para:

- Uma aceitação positiva e confortável do corpo sexuado, do prazer e da afectividade,

- Uma atitude não sexista,
- Uma atitude não discriminatória face às diferentes expressões sexuais,
- Uma atitude preventiva face à doença e promotora do bem-estar e da saúde.

Tendo em conta que a adolescência é uma fase de desenvolvimento intelectual na qual se estabelecem hábitos e comportamentos com tendência a se repetirem ao longo da vida, é importante que os adolescentes sejam alvo de uma educação sexual adequada e favorecedora da sua saúde actual e futura. A DGS (2008 b), relativamente às actividades de planeamento familiar, refere que os adolescentes devem ser alvos prioritários, devendo ser implementadas medidas para atrair e fixar este grupo etário, designadamente através de horários flexíveis, atendimento desburocratizado e sem restrição de áreas de influência.

De acordo com o estudo HBSC (2010) pode-se concluir que relativamente a esta temática:

- A maioria dos adolescentes refere que não tiveram relações sexuais (83,1%);
- Os rapazes são os que mais referiram ter relações (21,7% contra 12,6% das raparigas) e são os mais velhos os que mais referem que já tiveram relações sexuais;
- Relativamente à idade da primeira relação sexual, 81,8% refere que foi com 14 anos ou mais, 12,7% com 12 ou 13 anos e 5,6% com 11 anos ou menos;
- A maioria dos adolescentes afirma ter usado o preservativo na primeira relação sexual (93,8%) e mais de metade afirma que não usou a pílula (62,5%);
- Na última relação sexual 82,5% dos adolescentes referiu ter usado preservativo e 53,5% referiu ter utilizado a pílula;
- Relativamente à educação sexual, a maioria refere que esta é útil para ter mais informação (72,6%) e que quase metade dos adolescentes refere que ficou esclarecido sobre os temas abordados (48,3%);
- Quanto aos conhecimentos sobre HIV/SIDA, a maior parte dos adolescentes demonstrou ter conhecimentos adequados.

Saito et. al. (2000) publicaram um artigo sobre a educação sexual nas escolas. Este defende que sendo a meta da escola educar, deve abordar o tema junto dos jovens de modo a que se promovam a cidadania, o compromisso, o auto-cuidado e o cuidado com o outro. É importante que a escola se amplie cada vez mais e que abranja mais conhecimentos sobre sexualidade de modo a se promoverem técnicas de abordagem ainda mais adequadas.

Germano et. al. (2001) publicaram um estudo com o objectivo de identificar as percepções da equipa escolar sobre as acções educativas de prevenção da SIDA realizadas em unidades do sistema estadual de ensino na cidade de São Paulo. Para isso realizaram um questionário que foi aplicado a 24 profissionais. Os resultados mostraram que as estratégias mais utilizadas foram as aulas ou palestras, que em apenas 83,3% das unidades houve avaliação das actividades, as dificuldades mais referidas foram a falta de um local próprio (83,3%) e a preparação insuficiente da equipa escolar para abordar o tema (83,3%). Conclui-se assim que é necessária a formação dos professores e a inclusão da comunidade nos programas educativos.

Taquette et. al. (2004) desenvolveram um estudo com o objectivo de conhecer o perfil sexual dos adolescentes atendidos num serviço de saúde no Brasil e identificar factores de risco às IST's na adolescência. Foram entrevistados 356 adolescentes. Observaram-se associações estatisticamente significativas entre ter IST's e as variáveis atraso escolar, uso de álcool/tabaco/drogas, história, história de abuso sexual e não utilização de preservativos. Os resultados demonstraram que os factores de risco às IST's na adolescência são múltiplos sendo que o não uso de preservativo pode ser reduzido através da acção de equipas de saúde. Mais uma vez se justifica a educação sexual e a intervenção de profissionais na área.

Figueiras et. al. (2009) realizaram um estudo transversal com o objectivo de investigar em que medida a teoria da acção planeada e o modelo de crenças sobre a saúde podem predizer a intenção de vir a adoptar comportamentos preventivos para o HIV/SIDA. Foram aplicados questionários a 546 adolescentes saudáveis com os quais se concluíram que de um modo geral os adolescentes apresentam uma baixa percepção de vulnerabilidade e risco de contrair HIV/SIDA e apresentam uma atitude positiva relativamente ao uso de preservativos. Verificaram-se diferenças significativas nos preditores da intenção de vir a adoptar comportamentos preventivos. Assim, concluiu-se que os adolescentes

têm potencial para os comportamentos preventivos, no entanto devem ser sensibilizados e aconselhados por profissionais de saúde.

Costa et. al. (2001) publicaram um estudo com o objectivo de apresentar alguns aspectos do desenvolvimento da sexualidade na infância e na adolescência assim como propostas de intervenção educativo-preventivas. Concluíram que a educação para a sexualidade, desenvolvida de forma individual ou em grupo, pode contribuir para que os adolescentes vivenciem a sexualidade e as suas relações afectivas de forma satisfatória, criativa e sem receios, vinculados no respeito mútuo e sem discriminações de género.

Almeida et. al. (2003) publicaram os resultados dum estudo transversal com o objectivo de investigar factores associados ao uso de métodos anticoncepcionais entre adolescentes. Foi aplicado um questionário a 4774 alunos entre os 11 e os 19 anos de idade. Os resultados mostraram que entre os 1664 alunos que já tinham iniciado a vida sexual, os factores associados positivamente ao uso consistente de contracepção pelos rapazes incluíram a iniciação sexual mais tardia com parceira estável, contar com o apoio da família e acesso a serviços de saúde e entre as raparigas ter iniciado a vida sexual há pouco tempo e ter o pai como fonte de informação sobre sexualidade, contracepção e prevenção das IST's/SIDA. Os resultados mostraram assim a necessidade de programas educativos que incluam as diferentes dimensões da questão para que sejam efectivas.





## **2. Opções Metodológicas**

O capítulo que se segue apresenta as decisões metodológicas relativas à pesquisa desenvolvida. Segundo Fortin (2009), a fase metodológica consiste em referir de que forma o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho que ditará as actividades conducentes à realização da investigação.

Actualmente, as crianças e os adolescentes passam grande parte do tempo na escola e é neste período da vida que se adquirem hábitos que irão perdurar ao longo de toda a vida. Assim, a escola deve promover a aquisição de hábitos de vida saudáveis assim como a saúde de toda a comunidade escolar. Segundo o PNSE, a escola, ao assumir-se como um espaço seguro e saudável, está a facilitar a adopção de comportamentos saudáveis, encontrando-se assim numa posição privilegiada para promover e manter a saúde de toda a comunidade educativa (DGS, 2006 a).

A promoção da saúde nas escolas deve ser realizada quer através de acções interventivas e educativas quer através da fomentação de um ambiente saudável. Para que se possam planear e implementar actividades pertinentes é necessário ter uma avaliação real e concreta da realidade e dos hábitos de vida dos alunos.

O Colégio Luso-Francês não possui nenhum instrumento de trabalho que permita conhecer em pormenor os hábitos de vida dos alunos. Assim, surgiu a necessidade de desenvolver um estudo que descrevesse os hábitos de saúde dos alunos, de forma a que se possam planear e implementar intervenções adequadas e oportunas.

O único estudo existente sobre os hábitos de vida e de saúde dos jovens portugueses é o HBSC-2010. Este foi realizado em colaboração com a OMS e tem como objectivo estudar os hábitos de vida dos adolescentes e os seus comportamentos nos vários cenários das suas vidas. Conta com a colaboração de 44 países, sendo que Portugal se integrou em 1996. Realiza-se de 4 em 4 anos sendo a amostra constituída por alunos de escolas públicas do ensino regular de todo o país.

A nível do ensino particular não existe nenhum estudo sobre o tema anteriormente referido.

## 2.1 Objectivos

A finalidade deste estudo é caracterizar os hábitos de saúde dos alunos do Ensino Secundário do Colégio Luso-Francês e para isso estabeleceram-se os seguintes objectivos:

- Descrever os hábitos alimentares dos alunos do Ensino Secundário do Colégio Luso-Francês
- Descrever a prática de exercício físico por parte dos alunos do Ensino Secundário do Colégio Luso-Francês
- Descrever a prática da saúde oral nos alunos do Ensino Secundário do Colégio Luso-Francês
- Descrever os hábitos de sono dos alunos do Ensino Secundário do Colégio Luso-Francês
- Identificar comportamentos de risco, relacionados com os consumos de substâncias por parte dos alunos do Ensino Secundário do Colégio Luso-Francês
- Identificar situações susceptíveis de comprometer a saúde mental dos alunos do Ensino Secundário do Colégio Luso-Francês
- Identificar comportamentos de risco, relacionados com a saúde sexual e reprodutiva dos alunos do Ensino Secundário do Colégio Luso-Francês

## 2.2. Desenho de investigação

Seguidamente será apresentado o plano estabelecido para realizar o presente projecto.

- **O meio**

O meio seleccionado para a aplicação do estudo foi o Colégio Luso-Francês do Porto, uma vez que este é o nosso local de trabalho e este projecto assume-se como uma futura ferramenta de trabalho. Este é um estudo em meio natural. Segundo Fortin (2009) os estudos realizados fora dos laboratórios e longe dos meios altamente controlados adquirem o nome de estudos em meio natural.

- **População e amostra**

A população deste estudo foi constituída pelos 245 alunos que frequentaram o Ensino Secundário do Colégio Luso-Francês no ano lectivo de 2009/2010.

A amostra foi constituída pelos alunos:

- Que estavam presentes no momento de aplicação do questionário;
- Que aceitaram participar no estudo;
- Cujos pais ou encarregados de educação autorizaram a sua participação.

A amostra foi constituída por 227 alunos.

Optou-se por avaliar esta faixa etária devido aos seguintes aspectos:

- Os hábitos de saúde existentes na adolescência foram construídos e fomentados desde o início da infância e até à idade actual; ao conhecê-los é possível perceber quais as necessidades existentes e consequentemente quais as intervenções a realizar desde tenra idade. Assim, os alunos mais novos são também beneficiados com este processo.
- Permite o estudo de determinados hábitos de saúde, nomeadamente a saúde sexual e reprodutiva e os consumos de substâncias, que não seriam avaliáveis noutras faixas etárias.
- Este é o grupo de alunos que mais cedo abandonará o estabelecimento de ensino, pelo que as intervenções necessárias devem ser realizadas prontamente de modo a colmatar as necessidades diagnosticadas.

- **Tipo de estudo**

Este estudo é do tipo Exploratório-descritivo. Segundo Fortin (2009), este é o tipo de estudo em que se descobrem e clarificam conceitos em cujo domínio existe pouco material bibliográfico. Esta opção está relacionada com o facto de não existir um estudo ou conhecimento sobre os hábitos de saúde e os comportamentos dos alunos do Colégio Luso-Francês. Embora exista um estudo respeitante à saúde dos adolescentes em território nacional, o HBSC – 2010, este por si só não se revela suficiente. O que se pretende, em suma, é conhecer e descrever os comportamentos e os hábitos dos alunos do Ensino Secundário do Colégio Luso-Francês de modo a traçar o seu perfil.

### 2.3. Procedimentos para a colheita de dados

O instrumento de colheita de dados seleccionado foi o questionário. Esta escolha prendeu-se com o facto de este se adequar ao estudo em questão e ser económico, rápido e permitir manter o anonimato. Foi realizado assim um questionário (com questões divididas em 8 grupos) de modo a responder às questões do estudo. Este foi submetido a um pré-teste, de forma a avaliar a clareza, a ordem, a compreensão e a ambiguidade das questões e o seu tamanho. Como as alterações realizadas foram mínimas, não foi necessário realizar um segundo pré-teste.

O questionário foi aplicado num dia comum de aulas, a todos os alunos que aceitaram participar no estudo em simultâneo, de forma a garantir a máxima veracidade das respostas e reduzir ao máximo o enviesamento.

Seguidamente, serão apresentados os conteúdos do questionário utilizado.

<b>1.<sup>a</sup> Dimensão</b>	1. Dados Gerais 1.1. Idade e Sexo 1.2. Ano escolar 1.3. Área de residência e com quem vive 1.4. Profissão, escolaridade e situação de emprego do pai e da mãe 1.5 Média do secundário até ao momento
<b>2.<sup>a</sup> Dimensão</b>	2. Alimentação e Exercício Físico 2.1. Número de refeições por dia 2.2. Realização das refeições principais 2.3. Constituição das refeições principais 2.4. Número de copos ingeridos por dia 2.5. IMC 2.6. Realização de Exercício Físico (tipo, duração e frequência)
<b>3.<sup>a</sup> Dimensão</b>	3. Saúde Oral 3.1. Número de cáries 3.2. Número de escovagens por dia 3.3. Frequência das idas ao dentista 3.4. Consumo de doces/guloseimas ( e sua frequência)
<b>4.<sup>a</sup> Dimensão</b>	4. Sono e Repouso 4.1. Número de horas de sono por dia
<b>5.<sup>a</sup> Dimensão</b>	5. Segurança e Prevenção de Acidentes 5.1. Viagens entre casa-escola 5.2. Frequência de praias/piscinas 5.3. Acidentes ocorridos e sua caracterização

<b>6.<sup>a</sup> Dimensão</b>	6. Consumos 6.1. Consumo de álcool 6.2. Consumo de tabaco 6.3. Consumo de drogas
<b>7.<sup>a</sup> Dimensão</b>	7. Situações de risco 7.1. Violência 7.2. Problemas de saúde mental 7.3. Ansiedade nos testes e exames
<b>8.<sup>a</sup> Dimensão</b>	8. Saúde sexual e reprodutiva 8.1. Aceitação do corpo 8.2. Reconhecimento da importância do amor nos relacionamentos 8.3. Início da actividade sexual 8.4. Uso de contracepção regular 8.5. Diálogo sobre o tema

#### 2.4. Tratamento da Informação:

A informação obtida foi alvo de um tratamento estatístico simples através da utilização do programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS®) Windows, versão 19.

Realizou-se uma análise descritiva simples, com recurso a técnicas estatísticas adequadas ao tipo de variáveis em estudo.

#### 2.5. Questões Éticas

De modo a assegurar os direitos de autodeterminação e de confidencialidade, o preenchimento do questionário é de carácter facultativo a anónimo.

Antes da sua aplicação, foi enviada uma informação aos pais e Encarregados de Educação que apresentava o estudo e o seu instrumento de colheita de dados e que fazia referencia ao carácter anónimo, confidencial e facultativo deste último.



### **3. Apresentação e análise dos dados**

Neste capítulo serão apresentados os dados obtidos através da aplicação do questionário e a respectiva discussão. Todos os dados são referentes ao questionário aplicado aos alunos do Ensino Secundário do Colégio Luso-Francês.

#### **3.1. Dados relativos à caracterização da amostra**

A amostra deste estudo é constituída por 227 alunos, que representa 92,65% da população, sendo 50,7 % do sexo masculino e 49,3% do sexo feminino. A idade dos alunos varia entre os 15 e os 19 anos, sendo que a maior parte destes tem 16 (34,8%) ou 17 (36,6% anos). A percentagem de alunos com 19 anos é pouco significativa.

A maior parte dos alunos vive com famílias nucleares (87,2%), sendo as mais comuns constituídas por pais e irmãos (54,6%) e pais (26,9%). O número de alunos que vive com famílias monoparentais (8,8%) e famílias reconstituídas ou outros familiares (2,6%) é pouco significativo.

Relativamente à área de residência, a maior parte dos alunos vive no Porto (37,0%). As duas cidades mais significativas depois desta são a Maia (22,5%) e Matosinhos (13,2%).

A maioria dos pais e encarregados de educação dos alunos tem como escolaridade o ensino superior (70,9% dos pais e 72,7% das mães). Segundo a Classificação Nacional de Profissões do Instituto do Emprego e Formação Profissional As profissões que estes exercem são maioritariamente do Grupo 2 – Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas (63,0% dos pais e 58,1% das mães) e do Grupo 1 – Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa (20,3% dos pais e 14,1% das mães). A maior parte dos pais estão empregados (93,4% dos pais e 88,1% das mães), sendo a percentagem de indivíduos desempregados e reformados pouco significativa.

### 3.2. Dados relativos às variáveis de saúde

Os dados que se seguem dizem respeito às variáveis de saúde em estudo.

- **Alimentação e Actividade Física**

Relativamente ao número de refeições que realizam por dia, a maior parte dos jovens refere que faz entre 3 a 4 refeições, sendo os rapazes quem mais o refere fazer. Há mais raparigas do que rapazes a fazer 5 ou mais refeições por dia e não há rapazes a fazer menos de 3 refeições por dia.

*Quadro 1* - Distribuição da amostra por sexo e por número de refeições realizadas por dia

<i>Número de refeições</i>	<b>Rapazes</b>		<b>Raparigas</b>	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<i>5 ou mais</i>	42	36,5%	51	45,5%
<i>3 a 4</i>	73	63,5%	58	51,8%
<i>Menos de 3</i>	0	0,0%	3	2,7%

A maior parte dos alunos refere que toma sempre o pequeno-almoço, sendo os rapazes quem mais o afirma fazer. Nenhum aluno do sexo masculino referiu que nunca toma pequeno-almoço. De um modo geral, não se verificam grandes diferenças entre os dois sexos.

*Quadro 2*- Distribuição da amostra por sexo e pela frequência com que esta toma o pequeno-almoço

<i>Frequência do pequeno-almoço</i>	<b>Rapazes</b>		<b>Raparigas</b>	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<i>Sempre</i>	87	75,7%	81	72,3%
<i>Frequentemente</i>	18	15,7%	18	16,1%
<i>Ocasionalmente</i>	8	7,0%	8	7,1%



<i>Raramente</i>	2	1,7%	4	3,6%
<i>Nunca</i>	0	0,0%	1	0,9%

Os alimentos mais consumidos ao pequeno-almoço são os cereais (48,9%), o pão (47,1%) e o leite (75,3%). Os alimentos menos consumidos são os refrigerantes (2,6%) e os bolos (7,0%). A percentagem de alunos que consome fruta ao pequeno-almoço é pouco significativa (16,7%).

*Quadro 3* - Distribuição da amostra por sexo e por alimentos consumidos ou não ao pequeno-almoço

<i>Alimentos</i>	<b>Consome</b>		<b>Não consome</b>	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<i>Pão</i>	107	47,1%	120	52,9%
<i>Cereais</i>	111	48,9%	116	51,1%
<i>Bolos</i>	16	7,0%	211	93,0%
<i>Leite</i>	171	75,3%	56	24,7%
<i>Iogurte</i>	37	16,3%	190	83,7%
<i>Fruta</i>	38	16,7%	189	83,3%
<i>Sumos de fruta</i>	40	17,6%	187	82,4%
<i>Refrigerantes</i>	6	2,6%	221	97,4%

A maior parte dos alunos refere que toma sempre o lanche da manhã, sendo as raparigas quem mais o refere fazer (34,8%). A percentagem de alunos que nunca toma o lanche da manhã é pouco significativa, sendo os rapazes quem mais o refere.

Relativamente ao lanche da tarde, a maior parte dos alunos refere que o come sempre, sendo os rapazes quem mais o refere fazer. Nenhum aluno referiu que nunca toma o lanche da tarde.

*Quadro 4* - Distribuição dos alunos por sexo e pela frequência com que comem os lanches da manhã e da tarde

<i>Frequência</i>	<b>Come lanche da manhã</b>				<b>Come lanche da tarde</b>			
	<b>Rapaz</b>		<b>Rapariga</b>		<b>Rapaz</b>		<b>Rapariga</b>	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<i>Sempre</i>	33	28,8%	39	34,8%	59	51,3%	48	42,9%
<i>Frequentemente</i>	30	26,1%	38	33,9%	42	36,5%	43	38,4%
<i>Ocasionalmente</i>	21	18,3%	17	15,2%	12	10,4%	17	15,2%
<i>Raramente</i>	17	14,8%	13	11,6%	2	1,7%	4	3,6%
<i>Nunca</i>	14	12,1%	5	4,5%	0	0,0%	0	0,0%

Os alimentos mais consumidos no lanche da manhã são os bolos/bolachas (55,9%), o pão (33,5%) e o leite/iogurte (30,4%). Os alimentos menos consumidos são os chocolates (9,3%) e os refrigerantes (8,4%).

Relativamente ao lanche da tarde, os alimentos mais consumidos são o pão (66,5%), o leite/iogurte (63,0%) e os bolos ou bolachas (46,7%). Os alimentos menos consumidos são os chocolates (7,0%).

É de salientar que o consumo de fruta, apesar de ser mais elevado no lanche da tarde, é pouco significativo.

*Quadro 5* - Distribuição dos alimentos consumidos ou não nos lanches da manhã e da tarde

<i>Alimentos consumidos</i>	<b>Lanche da manhã</b>				<b>Lanche da tarde</b>			
	<b>Sim</b>		<b>Não</b>		<b>Sim</b>		<b>Não</b>	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<i>Pão</i>	76	33,5%	151	66,5%	151	66,5%	76	33,5%
<i>Bolos/bolachas</i>	127	55,9%	100	44,1%	106	46,7%	121	53,3%
<i>Leite/iogurte</i>	69	30,4%	158	69,6%	143	63,0%	84	37,0%
<i>Sumos de fruta</i>	45	19,8%	182	80,2%	57	25,1%	170	74,9%
<i>Fruta</i>	42	18,5%	185	81,5%	68	30,0%	159	70%
<i>Refrigerantes</i>	19	8,4%	208	91,6%	42	18,5%	185	81,5%

<i>Chocolates</i>	21	9,3%	206	90,7%	16	7,0%	211	93,0%
-------------------	----	------	-----	-------	----	------	-----	-------

Não se verificam grandes diferenças entre os dois sexos nos alimentos consumidos nas refeições principais. São as raparigas quem mais refere consumir vegetais sob a forma de salada (57,1%), fruta (75,1%) e água (83,9%) e são os rapazes quem mais refere consumir doces (21,7%), sumos (33,9%) e refrigerantes (33,9%). A percentagem de alunos que ingere bebidas alcoólicas é baixa, sendo semelhante entre ambos os sexos.

*Quadro 6* - Distribuição dos alunos por sexo e por alimentos consumidos nas refeições principais

<i>Alimentos consumidos refeições</i>	<b>Rapazes</b>				<b>Raparigas</b>			
	<b>Sim</b>		<b>Não</b>		<b>Sim</b>		<b>Não</b>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Sopa</i>	74	64,3%	41	35,7%	78	69,6%	34	30,4%
<i>Salada</i>	55	47,8%	60	52,2%	64	57,1%	48	42,9%
<i>Prato principal</i>	112	97,4%	3	2,6%	110	98,2%	2	1,8%
<i>Fruta</i>	79	68,7%	36	31,3%	84	75,0%	28	25,0%
<i>Doce</i>	25	21,7%	90	78,3%	15	13,4%	97	86,6%
<i>Sandes/pratos frios</i>	12	10,4%	103	98,6%	9	8,0%	103	92,0%
<i>Água</i>	85	73,9%	30	26,1%	94	83,9%	18	16,1%
<i>Sumos</i>	39	33,9%	76	66,1%	19	17,0%	93	83,0%
<i>Refrigerantes</i>	39	33,9%	76	66,1%	17	15,2%	95	84,8%
<i>Vinho/cerveja</i>	4	3,5%	111	96,5%	4	3,6%	108	96,4%

Em relação ao número de copos ingeridos por dia, este varia entre 0 e 25 unidades, sendo a média 5 e a moda 6. Assume-se que um copo tem 200 ml de capacidade.

Relativamente à prática de actividade física, 97,4% dos alunos frequentam as aulas curriculares de Educação Física no colégio, 2 vezes por semana, numa das vezes durante 45 minutos e na outra durante 90 minutos.

Os dados que se seguem dizem respeito à prática de actividade física, e não incluem a disciplina de Educação Física, mas sim outras actividades.

Na questão relativa à prática de actividade física, a maioria dos jovens refere que faz desporto, sendo os rapazes quem mais refere (79,1%).

*Quadro 7 - Distribuição dos alunos por sexo e por prática de actividade física*

<i>Prática de Actividade Física</i>	<b>Sim</b>		<b>Não</b>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Rapaz</i>	91	79,1%	24	20,9%
<i>Rapariga</i>	71	63,4%	41	36,6%

A variedade de desportos praticados pelos alunos é grande, sendo os mais praticados a musculação (19,4%), a natação (10,1%), o ténis (9,3%), o futebol (7,5%) e a dança (4,8%). O atletismo, o andebol, o basquete e a ginástica, embora menos populares contam cada um deles com uma percentagem de participantes de 2,6%. Os restantes desportos são menos significativos devido à reduzida percentagem de participantes.

Quando questionados sobre a frequência com que praticam actividade física, são as raparigas as que mais referem nunca praticar. O mais comum é a prática de actividade física duas vezes por semana, para ambos os sexos.

*Quadro 8 - Distribuição dos alunos por sexo e por frequência com que praticam actividade física*

<i>Frequência da Actividade Física</i>	<b>Rapazes</b>		<b>Raparigas</b>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>

<i>Nunca</i>	24	20,9%	38	33,9%
<i>1 vez por semana</i>	13	11,3%	13	11,6%
<i>2 vezes por semana</i>	36	31,3%	30	26,8%
<i>3 vezes por semana</i>	27	23,5%	21	18,8%
<i>Diariamente</i>	15	13,0%	9	8,0%
<i>Mensalmente</i>	0	0,0%	1	0,9%

A maior parte dos alunos que pratica actividade física, refere que esta tem a duração de 1h, não havendo uma diferença entre ambos os sexos.

*Quadro 9 - Distribuição dos alunos por sexo e pela duração da actividade física*

<b><i>Duração da Actividade Física</i></b>	<b>Rapazes</b>		<b>Raparigas</b>	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<i>Não faz actividade física</i>	24	20,9%	33	33,9%
<i>1h</i>	53	46,1%	49	43,8%
<i>2h</i>	32	27,8%	19	17,0%
<i>3h</i>	5	4,3%	5	4,5%
<i>4h</i>	0	0,0%	1	0,9%
<i>6h</i>	1	0,9%		0,0%

Relativamente à avaliação do IMC e do estado nutricional, a maior parte dos alunos tem um peso normal, entre o percentil 5 e 85 (82,6% dos rapazes e 76,8% das raparigas). A percentagem de alunos com baixo peso é pouco significativa, embora seja superior nas raparigas (4,5%). A percentagem de alunos com excesso de peso é superior nos rapazes (14,8%). Não há alunos obesos.

*Quadro 10 – Distribuição dos alunos por sexo e por estado nutricional*

<i>Estado nutricional</i>	<b>Rapazes</b>		<b>Raparigas</b>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Baixo peso</i>	1	0,9%	5	4,5%
<i>Peso normal</i>	95	82,6%	86	76,8%
<i>Excesso de peso</i>	17	14,8%	9	8,0%
<i>Obesidade</i>	0	0,0%	0	0,0%
<i>Não se aplica</i>	2	1,7%	12	10,7%

- **Saúde Oral**

A maior parte dos alunos refere que nunca teve uma cárie, sendo os rapazes quem mais o refere.

*Quadro 11* - Distribuição dos alunos por sexo e por número de cáries

<i>Número de cáries</i>	<b>Rapazes</b>		<b>Raparigas</b>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>0</i>	69	60,0%	60	53,6%
<i>1</i>	17	14,8%	18	16,1%
<i>2</i>	11	9,6%	9	8,0%
<i>3</i>	11	9,6%	17	15,2%
<i>4</i>	2	1,7%	3	2,7%
<i>5</i>	2	1,7%	4	3,6%
<i>6</i>	1	0,9%	1	0,9%
<i>7</i>	1	0,9%	0	0,0%
<i>12</i>	1	0,9%	0	0,9%

A maioria dos jovens refere que escova os dentes duas vezes por dia, sendo os rapazes quem mais o refere fazer. São as raparigas quem mais refere escovar os dentes 3 vezes ou mais.

*Quadro 12* - Distribuição dos alunos por sexo e por número de escovagens por dia

<b>Número de escovagens</b>	<b>Rapazes</b>		<b>Raparigas</b>	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<i>Nenhuma</i>	0	0,0%	1	0,9%
<i>1</i>	14	12,2%	4	3,6%
<i>2</i>	78	67,8%	60	53,6%
<i>3 ou mais</i>	19	16,5%	47	42,0%
<i>Não se aplica</i>	4	3,5%	0	0,0%

Relativamente à frequência com que vão ao dentista, a maior parte dos alunos referem que vão uma vez por ano, não havendo uma diferença entre os dois sexos. Dos 45 alunos que seleccionaram a opção “outros”, 29 referiram ir ao dentista mensalmente, 5 alunos de 2 em 2 meses e 4 alunos de 3 em 3 meses. Verificaram-se ainda outras situações menos significativas.

*Quadro 13* - Distribuição dos alunos por sexo e pela frequência das idas ao dentista

<b>Frequência das idas ao dentista</b>	<b>Rapazes</b>		<b>Raparigas</b>	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<i>De 6 em 6 meses</i>	28	24,3%	34	30,4%
<i>1 vez por ano</i>	39	33,9%	39	34,8%
<i>Quando tem dor/outro problema</i>	23	20,0%	19	17,0%
<i>Outra opção</i>	25	21,7%	20	17,9%

A maioria dos alunos refere que costuma comer doces ou guloseimas, sendo as raparigas quem mais o afirma fazer (76,8%).

*Quadro 14* - Distribuição dos alunos por sexo e por consumo de doces/guloseimas

<b><i>Come doces ou guloseimas</i></b>	<b>Rapaz</b>		<b>Rapariga</b>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Sim</i>	85	73,9%	86	76,8%
<i>Não</i>	30	26,1%	26	23,2%

A maior parte dos alunos refere que come doces e guloseimas ocasionalmente, não se verificando uma diferença significativa entre ambos os sexos. A percentagem de alunos que refere nunca consumir doces ou guloseimas é mais elevada nos rapazes (21,7%).

*Quadro 15* - Distribuição dos alunos por sexo e por frequência com que ingerem doces ou guloseimas

<b><i>Frequência do consumo de doces</i></b>	<b>Rapaz</b>		<b>Rapariga</b>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Sempre</i>	4	3,5%	3	2,7%
<i>Frequentemente</i>	22	19,1%	15	13,4%
<i>Ocasionalmente</i>	50	43,5%	49	43,8%
<i>Raramente</i>	11	9,6%	23	20,5%
<i>Nunca</i>	25	21,7%	21	18,8%
<i>Não se aplica</i>	3	2,6%	1	0,9%

- **Sono**

A maior parte dos alunos refere dormir 8h por noite, sendo as raparigas quem mais o refere fazer (43,0%). A percentagem de alunos que referem dormir menos que



5h, é superior nos rapazes (5,3%). Apenas os rapazes referem dormir 10h ou mais por noite (2,7%).

*Quadro 16* - Distribuição dos alunos por sexo e por número de horas de sono por noite

<i>Número de horas de sono</i>	<b>Rapazes</b>		<b>Raparigas</b>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>5h ou menos</i>	6	3,3%	2	1,8%
<i>6h</i>	7	6,1%	14	12,5%
<i>7h</i>	39	34,2%	38	34,0%
<i>8h</i>	42	36,8%	49	43,8%
<i>9h</i>	15	13,2%	9	8,0%
<i>10h ou mais</i>	3	2,7%	0	0,0%

- **Segurança e prevenção de acidentes**

A maior parte dos jovens refere que as deslocações entre o domicílio e a escola são realizadas com os pais, não se verificando diferenças significativas entre os sexos. A opção menos seleccionada foi a amigos ou colegas.

*Quadro 17* - Distribuição dos alunos por sexo e por acompanhamento nas deslocações entre o domicílio e a escola

<i>Com quem se desloca para a escola</i>	<b>Rapazes</b>		<b>Raparigas</b>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Pais</i>	81	70,4%	79	70,5%
<i>Familiares ou empregados</i>	7	6,1%	13	11,6%
<i>Sozinho</i>	26	22,6%	15	13,4%
<i>Amigos ou colegas</i>	1	0,9%	4	3,6%
<i>Não se aplica</i>	0	0,0%	1	0,9%

Relativamente ao meio de transporte utilizado para realizar as deslocações entre o domicílio e a escola, a opção mais seleccionada foi o automóvel, sendo as raparigas quem mais o referiram utilizar (81,3%). O número de alunos que usa motorizada não é significativo e a percentagem de alunos que referem usar transporte público é superior nos rapazes (16,5%).

*Quadro 18* - Distribuição dos alunos por sexo e por meio de transporte utilizado para realização das viagens entre o domicílio e a escola

<i>Meio de transporte</i>	<b>Rapazes</b>		<b>Raparigas</b>	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<i>Automóvel</i>	86	74,8%	91	81,3%
<i>Transporte público</i>	19	16,5%	11	9,8%
<i>Motorizada</i>	1	0,9%	0	0,0%
<i>A pé</i>	8	7,0%	8	7,1%
<i>Não se aplica</i>	1	0,9%	2	1,8%

Quando questionados sobre o uso de capacete aquando do uso de bicicleta ou motociclo, a percentagem de alunos que referem usar este dispositivo de segurança, é superior nas raparigas (9,8%). É de salientar que a percentagem de alunos que referem não usar motociclo ou bicicleta é elevada, sendo superior no sexo feminino (87,5%).

*Quadro 19* - Distribuição dos alunos por sexo e por utilização de capacete quando usam motociclo ou bicicleta

<i>Utiliza capacete</i>	<b>Rapazes</b>		<b>Raparigas</b>	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<i>Sim</i>	7	6,1%	11	9,8%
<i>Não</i>	12	10,4%	13	2,7%
<i>Não usa motociclo/bicicleta</i>	96	83,5%	98	87,5%

A maior parte dos alunos refere que durante a época balnear utiliza praias com vigilância, sendo as raparigas quem mais o refere fazer (87,5%).

*Quadro 20-* Distribuição dos alunos por sexo e por utilização de praias com vigilância

<i>Uso de praias vigiladas</i>	<b>Rapazes</b>		<b>Raparigas</b>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Sim</i>	90	78,3%	98	87,5%
<i>Não</i>	22	19,1%	12	10,7%
<i>Não se aplica</i>	3	2,6%	2	1,8%

Quando questionados sobre o cumprimento das bandeiras de sinalização nas praias, a maior parte dos jovens refere que as cumpre frequentemente, sendo as raparigas quem mais o refere fazer (45,5%). A percentagem de alunos que referem raramente ou nunca cumprir as bandeiras é mais elevada no sexo masculino (5,2%).

*Quadro 21 -* Distribuição dos alunos por sexo e por cumprimento das bandeiras nas praias

<i>Cumprir as bandeiras</i>	<b>Rapazes</b>		<b>Raparigas</b>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Sempre</i>	31	27,0%	42	37,5%
<i>Frequentemente</i>	42	36,5%	51	45,5%
<i>Ocasionalmente</i>	28	24,3%	13	11,6%
<i>Raramente</i>	8	7,0%	5	4,5%
<i>Nunca</i>	6	5,2%	1	0,9%

A maior parte dos jovens refere que utiliza sempre protecção solar, sendo as raparigas quem mais o refere fazer (51,8%) É de salientar a grande discrepância entre

os dois sexos. A percentagem de alunos que referem nunca utilizar protecção solar é mais elevada nos rapazes (4,3%).

*Quadro 22* - Distribuição dos alunos por sexo e por utilização de protecção solar durante a exposição solar

<i>Utilização de protecção solar</i>	<b>Rapazes</b>		<b>Raparigas</b>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Sempre</i>	36	31,3%	58	51,8%
<i>Frequentemente</i>	42	36,5%	32	28,6%
<i>Ocasionalmente</i>	24	20,9%	13	11,6%
<i>Raramente</i>	8	7,0%	8	7,1%
<i>Nunca</i>	5	4,3%	1	0,9%

Relativamente ao período de exposição solar, a maior parte dos alunos refere que se expõe ao sol durante todo o dia, sendo as raparigas quem mais o refere fazer (62,5%). A percentagem de alunos que refere que se expõe ao sol no período até às 11:30h e ou a partir das 16h ou que nunca se expõe é superior nos rapazes.

*Quadro 23* - Distribuição dos alunos por sexo e por período de exposição solar

<i>Exposição ao sol</i>	<b>Rapazes</b>		<b>Raparigas</b>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Durante todo o dia</i>	62	53,9%	70	62,5%
<i>Até às 11:30h e/ou a partir das 16h</i>	49	42,6%	42	37,5%
<i>Nunca</i>	4	3,5%	0	0,0%

A maior parte dos alunos refere que nunca teve um acidente, sendo os rapazes quem mais o refere (82,6%).

*Quadro 24* - Distribuição dos alunos por sexo e por ocorrência de acidentes

<i>Teve algum acidente</i>	<b>Rapaz</b>		<b>Rapariga</b>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Sim</i>	20	17,4%	24	21,4%
<i>Não</i>	95	82,6%	88	78,6%

Os alunos que responderam sim à opção anterior, quando questionados sobre o tipo de acidente que sofreram, responderam na sua maioria que se tratou de um acidente de viação, sendo esta percentagem mais elevada nas raparigas (11,6%). A percentagem de acidentes domésticos foi mais elevada nas raparigas (3,6%) e a percentagem de acidentes desportivos foi mais elevada nos rapazes (7,8%).

*Quadro 25-* Distribuição dos alunos por sexo e por tipo de acidente sofrido

<i>Tipo de acidente</i>	<b>Rapazes</b>		<b>Raparigas</b>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Nunca teve um acidente</i>	95	78,6%	88	82,6%
<i>Viação</i>	9	7,8%	13	11,6%
<i>Doméstico</i>	1	0,9%	4	3,6%
<i>Desportivos</i>	9	7,8%	6	5,4%
<i>Não se aplica</i>	1	0,9%	1	0,9%

- **Consumos**

***Álcool:***

A maior parte dos jovens refere que já consumiu álcool, sendo os rapazes quem mais o refere fazer (87,0%).

*Quadro 26 -* Distribuição dos alunos por sexo e por consumo de álcool

<b><i>Já consumiu álcool</i></b>	<b>Rapazes</b>		<b>Raparigas</b>	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<i>Sim</i>	100	87,0%	90	80,4%
<i>Não</i>	15	13,0%	22	19,6%

Relativamente à frequência com que ingerem álcool, a maior parte dos alunos refere que o faz ocasionalmente, sendo os rapazes quem mais o refere fazer (40,9%). A percentagem de alunos que referem consumir álcool frequentemente é superior nos rapazes (9,6%) e a percentagem de alunos que referem raramente ou até nunca consumir álcool é superior nas raparigas. A percentagem de alunos que referem consumir sempre álcool é pouco significativa, sendo superior nos rapazes (3,5%).

*Quadro 27 - Distribuição dos alunos por sexo e por frequência com que ingere álcool*

<b><i>Frequência da ingestão de álcool</i></b>	<b>Rapazes</b>		<b>Raparigas</b>	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<i>Sempre</i>	4	3,5%	1	0,9%
<i>Frequentemente</i>	11	9,6%	4	3,6%
<i>Ocasionalmente</i>	47	40,9%	42	37,5%
<i>Raramente</i>	35	30,4%	42	37,5%
<i>Nunca</i>	18	15,7%	23	20,5%

A maior parte dos alunos refere que nunca ficou embriagado, sendo as raparigas quem mais o afirma.

*Quadro 28 - Distribuição dos alunos por sexo e por já ter ficado embriagado*

<b><i>Já se embriagou</i></b>	<b>Rapazes</b>		<b>Raparigas</b>	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<i>Sim</i>	42	36,5%	22	19,6%
<i>Não</i>	73	63,5%	90	80,4%

***Tabaco:***

A maior parte dos jovens refere que ainda não consumiu tabaco. Apesar de serem as raparigas quem mais o refere (59,8%), a diferença entre os dois sexos não é muito significativa.

*Quadro 29* - Distribuição dos alunos por sexo e por ter já experimentado tabaco

<b><i>Já consumiu tabaco</i></b>	<b>Rapazes</b>		<b>Raparigas</b>	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<i>Sim</i>	49	42,6%	45	40,2%
<i>Não</i>	66	57,4%	67	59,8%

Quando questionados relativamente à frequência com que consomem tabaco, a maior parte dos alunos refere que nunca o faz, sendo esta opção mais significativa no sexo feminino (81,3%).

*Quadro 30* - Distribuição dos alunos por sexo e por frequência com que fumam

<b><i>Frequência com que fuma</i></b>	<b>Rapazes</b>		<b>Raparigas</b>	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<i>Diariamente</i>	5	4,3%	6	5,4%
<i>Semanalmente</i>	7	6,1%	4	3,6%
<i>Ocasionalmente</i>	20	17,4%	11	9,8%
<i>Nunca</i>	83	72,2%	91	81,3%

***Drogas:***

A maior parte dos alunos refere que ainda não consumiu drogas, sendo as raparigas quem mais o afirma (89,3%).

*Quadro 31* - Distribuição dos alunos por sexo e por ter já experimentado drogas

<i>Já experimentou drogas</i>	<b>Rapazes</b>		<b>Raparigas</b>	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<i>Sim</i>	30	26,1%	12	10,7%
<i>Não</i>	85	73,9%	100	89,3%

A droga mais consumida foi o haxixe, sendo os rapazes quem mais a referem consumir (20,0%).

*Quadro 32* - Distribuição dos alunos por sexo e por tipo de drogas consumidas

<i>O que consome</i>	<b>Rapazes</b>		<b>Raparigas</b>	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<i>Haxixe</i>	23	20,0%	4	3,6%
<i>Marijuana</i>	1	0,9%	2	1,8%
<i>Não consome</i>	91	79,1%	106	94,6%

Relativamente à frequência com que consomem drogas, a maior parte dos alunos refere que nunca o faz, sendo as raparigas quem mais o refere não fazer (94,6%). A percentagem de alunos que refere consumir drogas (diariamente, semanalmente ou ocasionalmente) é maior nos rapazes.

*Quadro 33* - Distribuição dos alunos por sexo e por frequência com que consomem drogas

<i>Frequência do consumo de drogas</i>	<b>Rapazes</b>		<b>Raparigas</b>	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<i>Diariamente</i>	3	2,6%	0	0,0%
<i>Semanalmente</i>	1	0,9%	0	0,0%
<i>Ocasionalmente</i>	10	8,7%	6	5,4%
<i>Nunca</i>	101	87,8%	106	94,6%



- **Violência e Saúde Mental**

A maior parte dos alunos refere que não foi vítima de violência na escola, não havendo diferenças significativas entre os sexos.

*Quadro 34* – Distribuição dos alunos por sexo e por ocorrência de situações de violência na escola

<i>Foi vítima de violência</i>	<b>Rapazes</b>		<b>Raparigas</b>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Sim</i>	10	8,7%	11	9,8%
<i>Não</i>	105	91,3%	101	90,2%

A maior parte dos alunos que referiram ter sido vítimas de violência na escola, referiu que esta foi do tipo verbal, sendo as raparigas quem o referiu mais vezes (6,3%). A violência sexual foi referida apenas por um rapaz.

*Quadro 35* - Distribuição dos alunos por sexo e por tipo de violência da qual foram vítimas

<i>Tipo de violência</i>	<b>Rapazes</b>		<b>Raparigas</b>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Verbal</i>	6	5,2%	7	6,3%
<i>Psicológica</i>	3	2,6%	2	1,8%
<i>Física</i>	2	1,7%	2	1,8%
<i>Sexual</i>	1	0,9%	0	0,0%
<i>Nunca foi vítima</i>	103	89,6%	101	90,2%

Dos alunos que referiram ter sido vítimas de violência, a maior parte deles referiu que esta foi por parte dos colegas, sendo esta percentagem mais elevada nas raparigas (6,3%).

*Quadro 36* – Distribuição dos alunos por sexo e por parte de quem foram vítimas de violência

<i>Por parte de quem</i>	<b>Rapazes</b>		<b>Raparigas</b>	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<i>Amigos</i>	4	3,5%	3	2,7%
<i>Namorado(a)</i>	3	2,6%	0	0,0%
<i>Colegas</i>	5	4,3%	7	6,3%
<i>Nunca foi vítima</i>	103	89,6%	102	91,1%

A maior parte dos alunos refere que nunca tiveram problemas de saúde mentais, sendo as raparigas quem mais o refere (98,2%).

*Quadro 37* – Distribuição dos alunos por sexo e por ocorrência de problema de saúde mental

<i>Teve um problema mental</i>	<b>Rapazes</b>		<b>Raparigas</b>	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<i>Sim</i>	5	4,4%	2	1,8%
<i>Não</i>	110	95,7%	110	98,2%

Dos alunos que referiram ter um problema de saúde mental, a maior parte deles referiu que se tratava de um distúrbio obsessivo compulsivo, sendo os rapazes quem mais o referiu (2,6%). Alguns alunos que referiram ter um problema de saúde mental não discriminaram de que tipo este era (2,6%).

*Quadro 38* – Distribuição dos alunos por sexo e por tipo de distúrbio mental

<i>Distúrbio mental</i>	<b>Rapazes</b>		<b>Raparigas</b>	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%

<i>Nenhum</i>	107	93,0%	110	98,2%
<i>Depressão</i>	2	1,7%	1	0,9%
<i>Distúrbio Obsessivo-compulsivo</i>	3	2,6%	1	0,9%
<i>Não discriminou qual</i>	3	2,6%	0	0,0%

Quando questionados sobre a importância do desempenho escolar e das notas, a maior parte dos alunos referiu que estes eram importantes, sendo os rapazes quem mais o referiu (60%). A percentagem de alunos que referiu que o desempenho escolar e as notas eram muito importantes foi superior nas raparigas (33,9%).

*Quadro 39* – Distribuição dos alunos por sexo e por importância das notas e do desempenho escolar

<b><i>Importância das notas</i></b>	<b>Rapazes</b>		<b>Raparigas</b>	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<i>Máxima importância</i>	26	22,6%	38	33,9%
<i>Importante</i>	69	60,0%	58	51,8%
<i>Moderadamente importante</i>	19	16,5%	14	12,5%
<i>Pouco importante</i>	0	0,0%	1	0,9%
<i>Não se aplica</i>	1	0,9%	1	0,9%

A maior parte dos alunos refere que costuma sentir medo ou ansiedade nos testes, sendo as raparigas quem mais o refere (82,2%). É de salientar que há uma grande diferença entre os dois sexos.

*Quadro 40* – Distribuição dos alunos por sexo e por sentir medo ou ansiedade nos testes e exames

<b><i>Sente medo ou</i></b>	<b>Rapazes</b>	<b>Raparigas</b>
-----------------------------	----------------	------------------

<i>ansiedade</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Sim</i>	59	51,3%	92	82,1%
<i>Não</i>	56	48,7%	20	17,9%

- **Saúde sexual e reprodutiva**

Quando questionados se aceitam o seu corpo tal como é, a maior parte dos jovens refere que concorda, sendo os rapazes quem mais o refere. As raparigas foram quem mais referiu que discorda (15,3%) ou discorda totalmente (6,3%) e os rapazes quem referiu mais vezes que concorda totalmente (39,1%).

*Quadro 41* – Distribuição dos alunos por sexo e por nível de aceitação do corpo tal como ele é

<i>Aceita o corpo</i>	<b>Rapazes</b>		<b>Raparigas</b>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Concordo totalmente</i>	45	39,1%	23	20,7%
<i>Concordo</i>	57	49,6%	53	47,7%
<i>Indiferente</i>	9	7,8%	11	9,9%
<i>Discordo</i>	3	2,6%	17	15,3%
<i>Discordo totalmente</i>	1	0,9%	7	6,3%

A maior parte dos alunos referiu que concorda totalmente relativamente ao facto de que o afecto ou amor deve estar presente nos relacionamentos sexuais, tendo sido as raparigas quem mais o referiu (71,2%).

*Quadro 42* – Distribuição dos alunos por sexo e por reconhecimento da importância da presença de amor ou afecto nos relacionamentos

<i>Afecto nos</i>	<b>Rapazes</b>	<b>Raparigas</b>
-------------------	----------------	------------------

<i>relacionamentos</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Concordo totalmente</i>	56	50,0%	79	71,2%
<i>Concordo</i>	39	34,8%	27	24,3%
<i>Indiferente</i>	15	13,4%	4	3,6%
<i>Discordo</i>	0	0,0%	1	0,9%
<i>Discordo totalmente</i>	2	1,8%	0	0,0%

A maior parte dos alunos refere que ainda não iniciou actividade sexual, sendo as raparigas quem mais o refere (85,7%).

*Quadro 43* – Distribuição dos alunos por sexo e por inicio da actividade sexual

<i>Iniciou actividade sexual</i>	<b>Rapazes</b>		<b>Raparigas</b>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Sim</i>	31	27,0%	14	12,5%
<i>Não</i>	84	73,0%	96	85,7%

Quando questionados sobre a idade com que iniciaram a actividade sexual, a maioria dos jovens que já a iniciou, referiu que foi com 16 anos, sendo os rapazes quem mais o afirma (13,9%).

*Quadro 44* – Distribuição dos alunos por sexo e por idade de inicio da actividade sexual

<i>Idade de inicio da actividade sexual</i>	<b>Rapazes</b>		<b>Raparigas</b>	
	<i>N (31)</i>	<i>%</i>	<i>N(14)</i>	<i>%</i>
<i>14 anos</i>	1	3,2 %	2	14,3 %
<i>15 anos</i>	6	19,4%	3	21,4 %
<i>16 anos</i>	16	51,6 %	7	50,0 %
<i>17 anos</i>	4	12,9 %	1	7,1 %

<i>Não indicou a idade</i>	4	12,4 %	1	7,1 %
----------------------------	---	--------	---	-------

A maioria dos alunos que refere ter já iniciado actividade sexual, refere que usa contracepção/protecção, sendo os rapazes quem mais o afirma fazer (87,1%). Saliente-se que a percentagem de alunos que iniciou actividade sexual no sexo masculino é superior à do sexo feminino.

*Quadro 45 – Distribuição dos alunos por sexo e por uso de contracepção nas relações sexuais*

<i>Uso de contracepção</i>	<b>Rapazes</b>		<b>Raparigas</b>	
	<i>N (31)</i>	<i>%</i>	<i>N(14)</i>	<i>%</i>
<i>Sim</i>	27	87,1%	12	85,7 %
<i>Não</i>	4	12,9%	2	14,3 %

Relativamente ao método contraceptivo mais utilizado, a maioria dos jovens que já iniciou actividade sexual respondeu que utiliza preservativo, sendo os rapazes quem mais o refere fazer (64,5%). Saliente-se que há uma percentagem ainda considerável de alunos que não indicou que método utiliza.

*Quadro 46 – Distribuição dos alunos por sexo e por método contraceptivo utilizado*

<i>Método contraceptivo usado</i>	<b>Rapazes</b>		<b>Raparigas</b>	
	<i>N(31)</i>	<i>%</i>	<i>N(14)</i>	<i>%</i>
<i>Pílula</i>	0	0,0%	2	14,3 %
<i>Preservativo</i>	20	64,5 %	8	57,1 %
<i>Pílula e preservativo</i>	0	0,0%	1	7,1 %
<i>Nenhum</i>	1	3,2 %	1	7,1 %
<i>Não indicou qual</i>	10	32,2 %	2	14,3 %

A maior parte dos jovens refere que se sente à vontade para falar sobre sexualidade com os amigos, sendo as percentagens idênticas entre os dois sexos. As raparigas são quem mais refere estar à vontade para falar sobre este tema com os pais (25,0%) e professores (4,5%).

*Quadro 47* – Distribuição da amostra por sexo e por com quem os jovens se sentem à vontade para falar sobre sexualidade

<i>Sente-se à vontade</i>	<b>Rapazes</b>				<b>Raparigas</b>			
	<b>Sim</b>		<b>Não</b>		<b>Sim</b>		<b>Não</b>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Com pais</i>	19	16,5%	96	83,5%	28	25,0%	84	75,0%
<i>Com amigos</i>	77	67,0%	38	33,0%	74	66,1%	38	33,9%
<i>Com colegas</i>	21	18,3%	94	81,7%	16	14,3%	96	85,7%
<i>Com professores</i>	4	3,5%	111	96,5%	5	4,5%	107	95,5%





#### **4. Discussão dos resultados**

Ao longo do próximo capítulo serão discutidos os dados e apresentadas algumas considerações e conclusões relativas aos resultados obtidos com o presente estudo.

Para cada uma das variáveis de saúde será apresentada uma síntese que inclui o resumo dos resultados obtidos, o enquadramento teórico e alguns estudos realizados e efectuadas algumas sugestões em relação a futuras actividades promotoras da saúde consideradas necessárias.

Os resultados serão analisados com alguma reserva, uma vez que podem ter sido influenciados por outros factores ou variáveis não controladas neste estudo.

- **Alimentação e Actividade Física:**

A maior parte dos alunos refere que faz entre 3 a 4 refeições por dia, no entanto o desejável era que se realizassem 5 ou mais. Relativamente ao pequeno-almoço, a maior parte dos alunos refere que o toma sempre (75,7% dos rapazes e 72,3% das raparigas). A percentagem de alunos que nunca toma é insignificante (0,9%).

Segundo o estudo HBSC – 2010, a maior parte dos alunos (82,6% dos rapazes e 77,4% das raparigas) refere tomar diariamente o pequeno-almoço durante toda a semana e a percentagem de alunos que refere nunca o tomar é baixa (5,3% dos rapazes e 6,9% das raparigas).

Comparando ambos os estudos podemos verificar que a percentagem de alunos do Colégio Luso-Francês que toma sempre pequeno-almoço é inferior em relação à do estudo em questão, mas que a percentagem de alunos que nunca toma pequeno-almoço é inferior.

Relativamente aos alimentos consumidos habitualmente ao pequeno-almoço e nos lanches da manhã e da tarde, estes são o pão, os cereais, o leite/iogurte e os bolos/bolachas. O consumo de fruta em cada uma destas refeições é baixo pelo que deve ser promovido.

A percentagem de alunos que refere tomar sempre o lanche da manhã é pequena (28,8% dos rapazes e 34,8% das raparigas). Tendo em conta que durante a manhã os jovens têm várias actividades há uma necessidade energética e nutricional marcada e necessidade de um correcto suporte nutricional. Segundo Baptista (2006) a escola

deve proporcionar refeições saudáveis e apelativas. Assim, sugere-se a realização de intervenções que promovam o consumo de lanche da manhã.

Nas refeições principais a percentagem de alunos que refere consumir sopa, salada e fruta é considerável (superior a 50,0%) e sempre superior nas raparigas. No estudo HBSC – 2010 a percentagem de alunos que refere consumir fruta e vegetais pelo menos uma vez por dia é inferior a 50%. Os resultados obtidos são animadores quando comparados com outros estudos, no entanto sugerem-se actividades promotoras de uma alimentação mais saudável.

A grande maioria dos alunos (97,4%) pratica Educação Física, o que por si só já assegura a prática de actividade física regular. No entanto, há uma percentagem considerável de alunos que praticam actividade física (79,1% dos rapazes e 63,4% das raparigas) extra escola. Os factores que podem dar origem a estes resultados são o facto de o Colégio Luso-Francês proporcionar a realização de actividades extra-curriculares desportivas, o facto de muitos alunos fazerem parte de equipas de competição e ainda por terem possibilidades económicas para assegurarem os custos relativos à prática de actividade física.

A maior parte dos alunos tem um peso normal (82,6% dos rapazes e 76,8% das raparigas). Estes são animadores quando comparados com os do estudo HBSC – 2010 em que 64,5% dos rapazes e 72,0% das raparigas têm um peso normal. Para estes valores contribuem a alimentação saudável e a prática de actividade física.

- **Saúde Oral**

A maior parte dos alunos refere que nunca teve uma cárie (60,0% dos rapazes e 53,6% das raparigas). Quanto ao número de escovagens, a maior parte dos alunos refere que escova os dentes 2 vezes por dia. No estudo HBSC – 2010 a maior parte dos alunos lava os dentes mais do que uma vez por dia.

Em relação às idas ao dentista, a percentagem de alunos que refere ir de 6 em 6 meses é idêntica á que refere ir uma vez por ano. É de salientar que a percentagem de alunos que refere ir ao dentista mensalmente é considerável, o que pode estar relacionada com a realização de tratamentos ortodônticos.

- **Sono**

A maior parte dos alunos refere que dorme 8h, sendo as raparigas quem mais o refere fazer. É de salientar que há uma percentagem de alunos considerável que

dorme 6h ou menos. Assim, sugere-se a realização de actividades que promovam o sono e o repouso junto dos adolescentes.

- **Segurança e prevenção de acidentes**

A maior parte dos jovens desloca-se de automóvel e com os pais entre o domicílio e a escola. A percentagem de alunos que refere que nunca utiliza motociclo ou bicicleta é bastante elevada e ligeiramente superior nas raparigas. A maior parte dos rapazes refere que nunca utiliza capacete aquando da utilização de motociclo ou bicicleta, enquanto que as raparigas, na sua maioria referem que utilizam.

A maior parte dos alunos refere que utiliza praias com vigilância, sendo as raparigas quem mais o refere fazer. A percentagem de alunos que refere que frequenta praias sem vigilância é ainda considerável (29,8%).

Em relação ao cumprimento das indicações das bandeiras nas praias apenas 27,0% dos rapazes e 37,5% das raparigas referem que cumprem sempre as bandeiras nas praias.

A maior parte das raparigas referem que utilizam sempre protecção solar e os rapazes, na sua maioria, referem que a utilizam frequentemente. É de salientar que a percentagem de alunos que refere usar raramente ou nunca protecção solar é considerável.

A maioria dos alunos refere que se expõe ao sol durante todo o dia, sendo as raparigas quem mais o refere fazer.

A maior parte dos alunos refere que nunca teve um acidente, sendo as raparigas quem mais o refere.

Com os resultados obtidos podemos concluir que a maior parte dos alunos tem comportamentos que põem em risco a sua saúde actual e futura assim como a sua segurança. Sugere-se assim a realização de intervenções que promovam o uso de capacete, a frequência de praias com vigilância, o cumprimento da indicação das bandeiras nas praias e a moderação na exposição solar. Laranjeira (2005) sublinha a necessidade de se promover a segurança entre os jovens quando refere que apesar de a adolescência ser uma etapa da vida saudável, ocorrem acidentes muitos deles fatais e susceptíveis de serem evitados.

- **Consumos**

A maior parte dos alunos refere que já consumiu álcool, sendo os rapazes quem mais o refere (87,0%) e que quando o faz é ocasionalmente (40,9% dos rapazes e 37,5 das raparigas). A percentagem de alunos que já ficou embriagado é superior nos rapazes.

De acordo com o HBSC – 2010, a maior parte dos jovens refere que raramente ou nunca consome bebidas alcoólicas (92,2% dos rapazes e 95,0% das raparigas) e que nunca se embriagou (70,5% dos rapazes e 76,8% das raparigas). Esta discrepância de dados pode-se relacionar com a diferença de idades dos alunos nos dois estudos já que se sabe que os consumos aumentam com a idade.

Em relação ao consumo de tabaco, a maior parte dos alunos refere que ainda não experimentou, no entanto, a percentagem de alunos que já o fez é considerável (42,6% dos rapazes e 40,2% das raparigas). A maior parte dos alunos que referem consumir tabaco referem que o fazem ocasionalmente. Tendo em conta que o maior risco que os adolescentes correm quando começam a fumar é ficarem dependentes (Precioso, 2008) é necessário desincentivar a experimentação destas substâncias.

Segundo o HBSC – 2010 a maior parte dos alunos ainda não iniciou o consumo de tabaco (66,0% dos rapazes e 68,3% das raparigas) e a maior parte dos que já iniciou este consumo refere fazê-lo menos de uma vez por semana.

A comparação de resultados demonstra a importância de se desincentivar o início do consumo de tabaco.

Relativamente ao consumo de drogas, a maior parte dos alunos refere que nunca as experimentou (73,9% dos rapazes e 89,3% das raparigas). A droga mais consumida é o haxixe e a maior parte dos alunos que a consomem referem que o fazem de forma ocasional.

Segundo o HBSC – 2010, a maior parte dos alunos refere que nunca consumiu haxixe (89,4% dos rapazes e 94,1% das raparigas).

As drogas constituem actualmente um grave problema á escala individual, comunitária e global que põe em risco as sociedades com consequências devastadoras (Gonçalves et. al., 2008) pelo que o seu consumo deve ser fortemente desincentivado.

Comparando os resultados do estudo actual com os do HBSC – 2010, encontramos no primeiro uma maior percentagem de alunos que referem ter já

iniciado o consumo de determinadas substâncias o que mais uma vez se pode explicar com a discrepância de idades e o aumento do consumo com a idade.

- **Violência e saúde mental**

A maior parte dos jovens refere que nunca foi vítima de violência (91,3% dos rapazes e 90,2% das raparigas). O tipo de violência mais comum foi a verbal e por parte dos colegas. Segundo o HBSC – 2010, a maior parte dos alunos refere que nunca foi alvo de provocações na escola (55,1% dos rapazes e 63,2% das raparigas). Comparando ambos os estudos constata-se que a ocorrência de episódios de violência no Colégio Luso-Francês é muito reduzida.

A percentagem de alunos que teve problemas de saúde mental é pouco significativa. Em relação à importância das notas e do desempenho escolar a maior parte dos alunos referiu que estas são importantes (60,0% dos rapazes e 51,8% das raparigas). A percentagem de alunos que considera as notas e o desempenho muito importante é superior nas raparigas. A maior parte dos alunos refere que costuma sentir medo ou ansiedade nos exames, sendo as raparigas quem mais o refere. Estes resultados podem ser explicados pelo nível socioeconómico dos alunos e dos seus pais e pelo meio social de que são oriundos e o consequente nível e expectativas.

- **Saúde sexual e reprodutiva**

A maior parte dos alunos refere concordar que aceita o seu corpo tal como ele é, sendo os rapazes quem mais o refere. As raparigas são quem mais refere que discorda ou que discorda totalmente.

A maior parte dos alunos refere que concorda totalmente que o amor ou o afecto deve estar presente nos relacionamentos, sendo as raparigas quem mais o refere.

A maior parte dos alunos não iniciou ainda a sua actividade sexual (73,0% e 85,7% das raparigas). A idade mais comum para início da actividade sexual foi os 16 anos. A maior parte dos alunos refere que utilizou contracepção e o método mais utilizado foi o preservativo, o que se pode explicar pelo facto de a sua aquisição ser fácil e não necessitar de acompanhamento médico (DGS, 2008). É de notar que a percentagem de alunos que refere não usar contracepção/protecção é considerável o que exige intervenção.

Assim, concluiu-se que as variáveis com os resultados mais animadores são a alimentação, actividade física, saúde oral, sono e violência. As áreas que necessitam de intervenção são a segurança, os consumos e a saúde sexual e reprodutiva.

## **Conclusão**

A Educação para a Saúde é um tema alvo de uma preocupação crescente uma vez que ao capacitar um indivíduo se está a promover a sua saúde actual e futura. A adolescência é uma fase em que ocorrem várias transformações e na qual se estabelecem hábitos de saúde que irão perdurar muitas vezes por toda a vida. Assim, é importante promover a aquisição e a prática de hábitos saudáveis entre os jovens.

Os jovens passam grande parte do seu tempo na escola. Esta tem um papel importante na promoção da saúde pelo que se deve assumir como espaço seguro e saudável e ainda transmitir conhecimentos aos alunos que lhes permitam proteger a sua saúde.

O enfermeiro, dada a sua formação em áreas como a saúde, a pedagogia e as ciências sociais, é um dos profissionais com maior capacidade para promover a saúde na escola. Assim, a sua responsabilidade é grande e o seu campo de actuação alargado.

Com o presente estudo pretendeu-se descrever os hábitos de saúde dos alunos do Ensino Secundário do Colégio Luso-Francês. A realização deste estudo prendeu-se com a necessidade de possuir um instrumento de trabalho que retratasse a realidade no que diz respeito às variáveis de saúde.

Assim, procedeu-se à realização de um estudo Exploratório-Descritivo. Foi aplicado um questionário a todos os alunos inscritos no ensino secundário no ano lectivo de 2009/2010. Obtiveram-se 227 questionários válidos, que representam 92,7 % da população que foram submetidos a tratamento estatístico simples através do programa SPSS – Windows, versão 19.

As principais conclusões deste estudo são:

- A maior parte dos alunos faz entre 3 a 4 refeições por dia e toma sempre o pequeno-almoço. Constatou-se a necessidade de incentivar a realização de 5 ou mais refeições por dia, o consumo de fruta ao pequeno-almoço e lanches e a ingestão de lanche da manhã;
- A grande maioria dos alunos pratica Educação Física (97,4%) e mais de metade dos alunos praticam actividade física extra-escola (79,1% dos rapazes e 63,4% das raparigas). A maior parte dos alunos tem um peso normal;

- Mais de metade dos alunos refere que nunca teve uma cárie, a maior parte destes lava os dentes 2 vezes por dia e vai ao dentista uma vez por ano. O consumo de doces é ocasional;
- A maior parte dos alunos dorme 7h ou mais por noite, no entanto há uma percentagem considerável de alunos que não dorme o suficiente pelo que se sugerem incentivos neste sentido;
- Apesar da percentagem de alunos que refere utilizar motociclo/bicicleta ser reduzido, a maior parte dos alunos refere que nunca utiliza o capacete, sendo assim necessário incentivar o seu uso. Há uma percentagem considerável de alunos que refere utilizar praias não vigiadas (19,1% dos rapazes e 10,7% das raparigas), não cumpre sempre as bandeiras de sinalização das praias ou que se expõe ao sol durante todo o dia. Assim, é necessário promover a segurança dos jovens neste aspecto;
- O consumo de substâncias (álcool, tabaco e drogas) é comum entre os jovens e superior nos rapazes (87,0% dos rapazes e 80,4% das raparigas já consumiram álcool, 42,6% dos rapazes e 40,2% das raparigas já consumiram tabaco e 26,1% dos rapazes e 10,7% das raparigas já consumiram drogas). Assim, esta é uma área prioritária e que necessita de intervenção;
- A maior parte dos alunos (91,3% dos rapazes e 90,2% das raparigas) refere que nunca foi vítima de violência na escola;
- Em relação à saúde sexual e reprodutiva, dos 27,0% dos rapazes e 12,5% das raparigas que já iniciaram actividade sexual, a maior parte fê-lo com 16 anos ou mais e usa contracepção (87,1% dos rapazes e 85,7% das raparigas). O uso do preservativo é mais elevado nos rapazes (64,5%) e deve ser incentivado.

Relativamente às limitações do estudo, é necessário ter em conta o contexto no qual ele foi realizado quando se extrapolam os resultados assim como a representatividade da amostra. Algumas das respostas dadas pelos alunos podem não corresponder à verdade.

Os resultados obtidos são importantes na medida em que descrevem a situação actual relativamente aos hábitos de saúde dos adolescentes do Colégio e possibilitam um planeamento mais adequado de intervenções promotoras da saúde. Com este estudo conhecem-se as áreas prioritárias e que devem ser prontamente alvo de intervenção.



Ao analisar os resultados deste estudo é importante ter em conta o contexto no qual este foi realizado. Sabe-se que o facto de pertencer a um nível socioeconómico elevado é preditor de níveis de saúde mais elevados.

Este estudo irá constituir um instrumento de trabalho e orientar intervenções de enfermagem futuras. Após realização destas é importante repetir a avaliação para se conhecer novamente a realidade e se saber se as intervenções realizadas foram adequadas ou não e se é necessário mudar de estratégia. Assim, considera-se necessário repetir posteriormente este estudo.



## **Bibliografia**

ALMEIDA, Maria da Conceição [et. al.] - Uso de contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia. Revista Saúde Pública. São Paulo. ISSN 0034-9810. Vol.37 N.º5 (2003), p. 566-575.

ALVES, João Guilherme [et. al.] – Prática de esportes durante a adolescência e atividade física de lazer na vida adulta. Revista Brasileira de Medicina do Esporte. São Paulo. ISBN 1517-8692. Vol. 11 N.º 5 (2005), p.291-294.

AMORIM, Valdicleibe Lira de [et. al.] - Práticas Educativas desenvolvidas por enfermeiros na Promoção à Saúde do adolescente. Revista Brasileira em Promoção da Saúde. Fortaleza. ISSN 1806-1222. Vol. 19 N.º 004 (2006), p.240-246.

ANDRADE, Maria Cláudia Perdigão - Psicologia em Saúde: Contributos para uma abordagem Interdisciplinar da Educação para a Saúde. Revista Referência. Coimbra. ISSN 0874-0283. N.º 7 (2001), p.17-23

ANTUNES, Maria da Conceição Pinto - Promoção e Educação para a Saúde: Participação Comunitária como Proposta Metodológica. In BONITO, Jorge. Educação para a Saúde no Século XXI: Teorias, Modelos e Práticas. Évora: Centro de Investigação em Educação e Psicologia, 2008. ISBN 978-989-95539-3-4

BAHLS, Saint-Clair – Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. Jornal de Pediatria. Rio de Janeiro. ISSN 0021-7557. Vol. 78 N.º5 (2002), p.359-366.

BAPTISTA, Maria Isabel – **Educação Alimentar em meio escolar: Referencial para uma Oferta Alimentar Saudável**. Lisboa: Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular, 2006. 35p. ISBN 972-742-243-8

BEE, Helen – **A Criança em desenvolvimento**. 9.<sup>a</sup> Edição. Porto Alegre: Artmed, 2003. ISBN 978-85-7307-884-8

BENETTI, Silvia [et. al.] – Adolescência e saúde mental: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro. ISSN 0102-311X. Vol. 23 N.º6 (2007), p.1273-1282.

BORGES, Carina; FILHO, Hilson; RAMOS, Pedro - Prevalência e determinantes psicossociais do consumo de tabaco em jovens do 2.º e 3.º ciclo do ensino básico do concelho de Cascais: o papel da família e do contexto. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Lisboa. ISSN 0870-9025. Vol.24 N.º 2 (2006), p.41-54.

BOSCOLO, Rita [et. al.] – Avaliação do padrão de sono, actividade física e funções cognitivas em adolescentes escolares. Revista Portuguesa de Ciências do Desporto. Porto. ISSN 1645-0523. Vol. 7 N.º1 (2007), p.18-25.

CAMACHO, Inês; MATOS, Margarida - Práticas parentais, escola e consumo de substâncias em jovens. Psicologia, Saúde e Doenças. Lisboa. ISSN 1645.0086. vol. 7 N.º2 (2006), p.317-327.

CANDELA, Fernando; MALPICA, Dinora; MORA, Ana Luisa - Salud Escolar, ¿Por qué el Profesional de enfermería en las escuelas españolas?. Hacia la Promoción de la Salud. Manizales. Vol. 11 (2006). P.21-28.

CARLINI-COTRIM, Beatriz; GAZAL-CARVALHO, Cyntia; GOUVEIA, Nélson - Comportamentos de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do Estado de São Paulo. Revista de Saúde Pública. São Paulo. ISSN 0034-8910. Vol. 34 N.º6 (2000). P.636-645.

CARLOS, Andreia; RITO, Ana – A criança do Século XXI: Hábitos, comportamentos e percepções em ambiente escolar In BONITO, Jorge. Educação para a Saúde no Século XXI: Teorias, Modelos e Práticas. Évora: Centro de Investigação em Educação e Psicologia, 2008. ISBN 978-989-95539-3-4

CARVALHO, Amâncio; CARVALHO, Graça Simões de – Dimensões do conceito “Educação para a Saúde” de estudantes de sete cursos do Ensino Superior: Efeitos da formação. In BONITO, Jorge. Educação para a Saúde no

Século XXI: Teorias, Modelos e Práticas. Évora: Centro de Investigação em Educação e Psicologia, 2008. ISBN 978-989-95539-3-4

CARVALHO, Amâncio; CARVALHO, Graça. **Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e necessidades de formação.** Loures: Lusociência, 2006. ISBN 972-8930-22-4

CARVALHO, Cristiana – Os “7+2 da saúde” na Promoção de Estilos de vida saudáveis In BONITO, Jorge. Educação para a Saúde no Século XXI: Teorias, Modelos e Práticas. Évora: Centro de Investigação em Educação e Psicologia, 2008. ISBN 978-989-95539-3-4

CHAVES, Maria das Graças [et. al.] – Estudo da relação entre a alimentação escolar e a obesidade. HU Revista. Juiz de Fora. ISSN 0103-3123. Vol.34 N.º 3 (2008), p.191-197.

CORREIA, Cristina et al - Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Lisboa. ISSN 0870-9025. Vol. Temático n.º 2 (2001). P.75-82.

COSTA, Maria Conceição [et. al.] - Sexualidade na adolescência: desenvolvimento, vivência e propostas de intervenção. Jornal de Pediatria. Rio de Janeiro. ISSN 0021-7557. N.º 7, supl. 2 (2001), p. S217-S224.

DE LIMA, R. P. [et. al.] - Acidentes na Infância: local de ocorrência e condutas dos familiares no âmbito domiciliar. Enfermeria Global. Múrcia. ISSN: 1695-6141. N.º 15 (2009).

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Estudo nacional de Prevalência da Cárie Dentária na população escolarizada.** Direcção-Geral da saúde: Lisboa, 2000 a). 44p. ISBN 972-9425-89-2

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Saúde reprodutiva: Doenças infecciosas e gravidez.** Lisboa: DGS, 2000. 48 p. ISBN 972-9425-84-1

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Manual de Boas Práticas em Saúde Oral para quem trabalha com crianças e jovens com necessidades**

**especiais.** Direcção-Geral da Saúde: Lisboa, 2002 b). 32 p. ISBN 972-675-083-0

DIAS, Ana; RODRIGUES, Manuel – Adolescência e sexualidade: contributo da educação, da família e do grupo de pares adolescentes no desenvolvimento da sexualidade. Referência. Coimbra. ISSN 0874-0283. II Série N.º10 (2009), p.15-22.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. **Saúde dos jovens em Portugal: Elementos de Caracterização.** Lisboa: DGS, 2005 a). 97 p. ISBN: 972-675-137-3.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Programa Nacional de Combate à Obesidade.** Lisboa: DGS, 2005 b). 24p. ISBN 372-675-123-4

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Programa nacional de Promoção da Saúde Oral.** Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2005 c). 19 p.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE - **Texto de Apoio ao Plano Nacional de Promoção da Saúde Oral.** Lisboa: DGS, 2005 d). 15 p.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE. **Programa Nacional de Saúde Escolar.** 2006 a).

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Programa Nacional de Saúde dos Jovens 2006/2010.** Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2006 b). 38p.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Promoção de uma alimentação saudável: Orientações para a elaboração de Projectos no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar.** Lisboa: DGS, 2006 c). 24p.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Consultas de Vigilância da Saúde Infantil e Juvenil: Actualização das curvas de crescimento.** [em linha]. Lisboa: DGS, 2006 d). [Consult. 13 Abr. 2011]. Disponível em [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Boletim de saúde Reprodutiva/Planeamento familiar.** Lisboa: DGS, 2006 e).

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE - **Protocolo entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde.** Lisboa: DGS, 2006 f).

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **A actividade física e o desporto: um meio para melhorar a saúde e o bem-estar.** [em linha]. Lisboa: DGS, 2007. [Consult. 3 de Out. 2010]. Disponível em [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt).

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Promoção da segurança e prevenção de acidentes na Organização Mundial de Saúde e em Portugal.** Lisboa: DGS, 2008 a).

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Programa Nacional de Saúde Reprodutiva.** Lisboa: DGS, 2008 b). 67p. ISBN 978-972-675-182-3.

DORES, R. A.; BARRETO, J.; BARROS, P. – Com a Saúde também se brinca. In BONITO, Jorge. Educação para a Saúde no Século XXI: Teorias, Modelos e Práticas. Évora: Centro de Investigação em Educação e Psicologia, 2008. ISBN 978-989-95539-3-4

FACULDADE DE CIÊNCIAS DE NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO – **Guia: Os alimentos na Roda.** 2ª Edição. Lisboa: Instituto do Consumidor, 2004. 52 p. ISBN 972-8715-20-X

FARIA, Humberto Andrade; CARVALHO, Graça Simões de - Escolas promotoras de saúde: factores críticos para o sucesso da parceria escola - centro de saúde. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Lisboa. ISSN 0870-9025. Vol. 22 N.º2 (2004), p.79-90.

FARIA, Luísa – Desenvolvimento do auto-conceito físico nas crianças e nos adolescentes. Análise Psicológica. Lisboa. ISSN 0870-8231. Vol.23 N.º4 (2005), p.361-371.

FIGUEIRAS, Maria João; MARCELINO, Dália; FERREIRA, Maria Manuela - Preditores da intenção de adoptar comportamentos preventivos face ao HIV/SIDA em adolescentes portugueses. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Lisboa. ISSN 0870-9025. Vol. 27 N.º2 (2009), p.27-36.

FILHO, Hilson - Necessidades de intervenção no consumo de álcool, tabaco e outras drogas em Portugal. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Lisboa. ISSN 0870-9025. Vol. 23 N.º2 (2005), p.77-88.

FORTIN, Marie-Fabienne – O processo de investigação: da concepção à realização. 5.<sup>a</sup> Edição. Loures: Lusodidacta, 2009. 388p. ISBN: 978-972-8383-10-7.

FREIRE, Maria do Carmo; SHEIHAM, Aubrey; BINO, Yedda – Hábitos de higiene bucal e factores sociodemográficos em adolescentes. Revista Brasileira de Epidemiologia. São Paulo. ISSN 1415-790X. vol. 10 N.º4 (2007), p.606-614.

GASPAR, Pedro João Soares. **Efectividade da Educação para a Saúde no comportamento alimentar dos adolescentes e jovens estudantes**. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2006 a). Trabalho no âmbito do concurso de provas públicas para o recrutamento de professores-adjuntos.

GASPAR, Pedro João Soares. **Educação para a Saúde e estudantes: as fontes e o impacto da informação**. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2006 b). Tese de Mestrado.

GASPAR, T. [et. al.] - Promoção de Qualidade de Vida em crianças e adolescentes. Revista Psicologia, Saúde & Doenças. Lisboa. ISSN 1645-0086. Vol. 9 N.º 1 (2008), p.55-71.

GERMANO, Maria Izabel; TEMPORINI, Edméa - Promoção de saúde em AIDS: percepção de equipe escolar. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Lisboa. ISSN 0870. Vol.19 N.º2 (2001), p.49-53.

GOMES, José Precioso. As Escolas Promotoras da Saúde: uma via para promover a saúde e a educação para a saúde da comunidade escolar. Revista Educação. Porto Alegre. ISSN 1413-2478. Vol.32 N.º1 (2009), p.84- 91

GONÇALVES, Artur [et. al.] - Concepções de professores e alunos do ensino básico e secundário sobre a abordagem ao álcool, tabaco e outras drogas nos programas escolares, nos manuais escolares e nas práticas docentes – Riscos e prevenção In BONITO, Jorge. Educação para a Saúde no Século XXI: Teorias, Modelos e Práticas. Évora: Centro de Investigação em Educação e Psicologia, 2008. ISBN 978-989-95539-3-4



GUIMARÃES, A.M.D.N.; VIEIRA, M.J.; PALMEIRA, J.A. – Informações dos adolescentes sobre métodos anticoncepcionais. Revista Latino-Americana de Enfermagem. São Paulo. ISSN 0104-1169. Vol. 11 N.º3 (2003), p.293-298.

HOCKENBERRY, Marilyn J. - Wong: **Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 7.<sup>a</sup> Edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. ISBN: 85-352-1918-8

HONORÉ, Bernard. **A Saúde em Projecto**. Loures: Lusociência, 2002. ISBN: 972-8383-31-2

IGOE, Judith B.; SPEER, Sudie - **O Enfermeiro Comunitário nas Escolas**. In STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette. Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de grupos, famílias e indivíduos. Lisboa: Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-05-3

INSTITUTO PORTUGUÊS DA QUALIDADE – **Norma Portuguesa 405: Informação e Documentação**. Caparica, Janeiro, 1995.

INSTITUTO PORTUGUÊS DA QUALIDADE – **Norma Portuguesa 405, Informação e Documentação, Parte 4: Documentos electrónicos**. Caparica: Março, 2003.

INSTITUTO DE EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL – **Classificação Nacional de Profissões: Versão 1994**. [em linha]. 2.<sup>a</sup> Edição. Lisboa: Instituto de Emprego e Formação Profissional, 2001. [Consult. 22 Jan. 2011]. Disponível em <http://www.iefp.pt/formacao/CNP/Paginas/CNP.aspx>

JERÓNIMO, Ana Margarida; BRANCO, Maria Luísa - Comportamentos de saúde em adolescentes das escolas do 2.º e 3.º Ciclos do conselho de Seia  
BONITO, Jorge. Educação para a Saúde no Século XXI: Teorias, Modelos e Práticas. Évora: Centro de Investigação em Educação e Psicologia, 2008. ISBN 978-989-95539-3-4

LAM, Ana; EVARISTO, Ana – Criança segura/Olhão seguro In BONITO, Jorge. Educação para a Saúde no Século XXI: Teorias, Modelos e Práticas.

Évora: Centro de Investigação em Educação e Psicologia, 2008. ISBN 978-989-95539-3-4

LARANJEIRA, Ana Rita; PRAZERES, Vasco - **Mortalidade em idades jovens: Relatório 1992-2003**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2005. ISBN: 972-675-118-7.

LEGER, Lawrence [et. al.] – **Developing a Health-promoting School**. [em linha]. European Network oh Health Promoting Schools, 2006. [Consult. 2 de Set. 2010]. Disponível em [www.schoolsforhealth.eu](http://www.schoolsforhealth.eu)

LEÓN, Oscar Dávila – Adolescencia y Juventud: de las nociones a los abordages. Última Década. Valparaíso. ISSN 0718-2236. Vol. 12 N.º 21 (2004), p.83-104.

LIMA, Maria de Lourdes Alves - **O sono na adolescência: como o professor, o aluno e sua família lidam com ele?**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2006. Tese de Mestrado.

LOBIONDO-WOOD, Geri; HABER, Judith – **Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação crítica e Utilização**. 4.<sup>a</sup> Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. ISBN 978-852-770-659-9.

LOUREIRO, Isabel - A importância da educação alimentar: o papel das escolas promotoras de saúde. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Lisboa. ISSN 0870-9025. Vol. 22 N.º2 (2004), p.43-55.

LUIS et. al. - Programa de Educação para a Higiene Oral: uma experiência de intervenção a nível individual e a nível comunitário In BONITO, Jorge. Educação para a Saúde no Século XXI: Teorias, Modelos e Práticas. Évora: Centro de Investigação em Educação e Psicologia, 2008. ISBN 978-989-95539-3-4

MACIEL, Ethel Leonor Noia [et. al.] - Projecto Aprendendo saúde na Escola: a experiência de repercussões positivas na qualidade de vida e determinantes de saúde de membros de uma comunidade escolar em Vitória, Espírito Santo. Revista Ciência & Saúde Colectiva. Rio de Janeiro. ISSN 1413-8123. Vol. 15 N.º2 (2010), p.389-396.

MAIA, Ana Paula Leão - **Efeito de Exercício Físico matinal realizado sob luz solar no ciclo vigília-sono de adolescentes**. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2008. Tese de Mestrado.

MARQUES, Ana Cecília; CRUZ, Marcelo - O adolescente e o uso de drogas. Revista Brasileira de Psiquiatria. São Paulo. ISSN 1516-4446. Vol.22, supl. II (2000), p.32-36.

MARQUES, Hélder; MARQUES, Maria de Fátima - Consumo de substâncias psicoactivas e saúde mental nos jovens do distrito de Évora – Um contributo para a educação para a saúde In BONITO, Jorge. Educação para a Saúde no Século XXI: Teorias, Modelos e Práticas. Évora: Centro de Investigação em Educação e Psicologia, 2008. ISBN 978-989-95539-3-4

MARTINS, Christine - Acidentes na infância e na adolescência: uma revisão bibliográfica. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília. ISSN: 0034-7167. Vol.59, N.º3 (2006). P.344-348.

MARTINS, Maria José D. – Condutas agressivas na adolescência: factores de risco e de protecção. Análise Psicológica. Lisboa. ISSN 0870-8231. Vol. 23 N.º2 (2005), p.129-135.

MATOS, Margarida Gaspar de - **Aventura Social e Saúde – A saúde dos adolescentes portugueses hoje e em 8 anos**. [em linha]. Lisboa: Aventura Social, 2006. [Consult. 2 Set. 2010]. Disponível em [www.aventurasocial.com](http://www.aventurasocial.com)

MATOS, Margarida Gaspar de - A saúde do adolescente: O que se sabe e quais são os novos desafios. Análise Psicológica. Lisboa. ISSN 0870-8231. Vol. 26 N.º 2 (2008), p.251-263.

MATOS, Margarida Gaspar de; SAMPAIO, Daniel. **Jovens com Saúde – Diálogo com uma Geração**. 1.<sup>a</sup> Edição. Lisboa: Texto Editores, 2009. ISBN 978-972-47-4028-7

MATOS, Margarida [et. al.] & Equipa do Aventura Social – **Aventura Social e Saúde: A Saúde dos Adolescentes Portugueses: Relatório Preliminar do Estudo HBSC 2010**. [em linha]. Lisboa: Aventura Social e Saúde, 2010. [Consul. 14 Abr. 2011]. Disponível em [www.aventurasocial.com](http://www.aventurasocial.com)

MENDONÇA, Francisco; MARTINS, Laura – Promoção da Alimentação saudável em meio escolar: Uma estratégia local de saúde In BONITO, Jorge. Educação para a Saúde no Século XXI: Teorias, Modelos e Práticas. Évora: Centro de Investigação em Educação e Psicologia, 2008. ISBN 978-989-95539-3-4

MENEZES, Helena; GALVÃO, Sónia; ROCHA, Elsa - **Afogamentos em Crianças: Relatório 2005-2006**. Lisboa: APSI, 2006. 8p.

MESQUITA, Gema; REIMÃO, Rubens - Nightly use of computer by adolescents: its effects on quality of sleep. Arquivos de Neuropsiquiatria. São Paulo. ISSN 0004-282X. vol. 65 N.º2-B (2007), p.428-432.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Volume 1 - Prioridades**. Lisboa: DGS, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Volume 2 - Orientações estratégicas**. Lisboa: DGS, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Educação Sexual e Reprodutiva. [em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde, 2005. [Consult. 28 Fev. 2010]. Disponível em [www.min-saude.pt](http://www.min-saude.pt)

MIRANDA, Maria Paula; CASTRO, Ana Paula. Saúde Escolar: reflexão sobre a prática. Revista Informar. Porto. N.º 35 (2005)

MOTA, Maria Lucinda; COSTA, Ilídio; VIANA; Maria dos Anjos – *B-Learning* em Educação para a Saúde. In BONITO, Jorge. Educação para a Saúde no Século XXI: Teorias, Modelos e Práticas. Évora: Centro de Investigação em Educação e Psicologia, 2008. ISBN 978-989-95539-3-4

NAIA, Ana; SIMÕES, Celeste; MATOS, Margarida - Consumo de drogas e os locais de ocupação dos tempos livres na adolescência: Análise complementar do estudo HBSC/OMS In BONITO, Jorge. Educação para a Saúde no Século XXI: Teorias, Modelos e Práticas. Évora: Centro de Investigação em Educação e Psicologia, 2008. ISBN 978-989-95539-3-4

NATIONAL ASSOCIATION OF SCHOOL NURSES – **Allergy/Anaphylaxis Management: The Role of the School Nurses.** [em linha]. Maryland: NASN, 2011, Actual. Nov. 2001. [Consult. 18 Jun. 2001]. Disponível em <http://www.nasn.org/PolicyAdvocacy/PositionPapersandReports/NASNPositionStatements>

NATIONAL ASSOCIATION OF SCHOOL NURSES – **Emergency Preparedness: The Role of School Nurse.** [em linha]. Maryland: NASN, 2011, Actual. Jun. 2005. [Consult. 18 Jun. 2001]. Disponível em <http://www.nasn.org/PolicyAdvocacy/PositionPapersandReports/NASNPositionStatements>

NATIONAL ASSOCIATION OF SCHOOL NURSES – **Immunizations.** [em linha]. Maryland: NASN, 2011, Actual. Set. 2001. [Consult. 18 Jun. 2001]. Disponível em <http://www.nasn.org/PolicyAdvocacy/PositionPapersandReports/NASNPositionStatements>

NATIONAL ASSOCIATION OF SCHOOL NURSES – **Individualized Healthcare plans.** [em linha]. Maryland: NASN, 2011, Actual. Jun. 2008. [Consult. 18 Jun. 2001]. Disponível em <http://www.nasn.org/PolicyAdvocacy/PositionPapersandReports/NASNPositionStatements>

NATIONAL ASSOCIATION OF SCHOOL NURSES – **Infectious Disease management in the School Setting.** [em linha]. Maryland: NASN, 2011, Actual. Jun. 2005. [Consult. 18 Jun. 2011]. Disponível em <http://www.nasn.org/PolicyAdvocacy/PositionPapersandReports/NASNPositionStatements>

NATIONAL ASSOCIATION OF SCHOOL NURSES – **Medication Administration in the School Setting.** [em linha]. Maryland: NASN, 2011, Actual. Jun. 2011. [Consult. 18 Jun. 2001]. Disponível em <http://www.nasn.org/PolicyAdvocacy/PositionPapersandReports/NASNPositionStatements>

NATIONAL ASSOCIATION OF SCHOOL NURSES – **Pediculosis Management in the School Setting.** [em linha]. Maryland: NASN, 2011, Actual. Jun. 2005. [Consult. 18 Jun. 2001]. Disponível em <http://www.nasn.org/PolicyAdvocacy/PositionPapersandReports/NASNPositionStatements>

NATIONAL ASSOCIATION OF SCHOOL NURSES – **Overweight and Obesity in Youth in Schools: the role of the school nurse.** [em linha]. Maryland: NASN, 2011, Actual. Jun. 2011. [Consult. 18 Jun. 2001]. Disponível em <http://www.nasn.org/PolicyAdvocacy/PositionPapersandReports/NASNPositionStatements>

NATIONAL ASSOCIATION OF SCHOOL NURSES – **Role of the School Nurse in Violence Prevention.** [em linha]. Maryland: NASN, 2011, Actual. Nov. 2005. [Consult. 18 Jun. 2001]. Disponível em <http://www.nasn.org/PolicyAdvocacy/PositionPapersandReports/NASNPositionStatements>

NATIONAL ASSOCIATION OF SCHOOL NURSES – **School Nurse Role in Care and Management of the Child with Diabetes in the School Setting.** [em linha]. Maryland: NASN, 2011, Actual. Jun. 2006. [Consult. 18 Jun. 2001]. Disponível em <http://www.nasn.org/PolicyAdvocacy/PositionPapersandReports/NASNPositionStatements>

NATIONAL ASSOCIATION OF SCHOOL NURSES – **Emergency Preparedness: The Role of School Nurse.** [em linha]. Maryland: NASN, 2011, Actual. Jun. 2005. [Consult. 18 Jun. 2001]. Disponível em <http://www.nasn.org/PolicyAdvocacy/PositionPapersandReports/NASNPositionStatements>

NATIONAL ASSOCIATION OF SCHOOL NURSES – **Sexual Orientation and Gender Identity/Expression.** [em linha]. Maryland: NASN, 2011, Actual. Jun. 2003. [Consult. 18 Jun. 2001]. Disponível em

em<http://www.nasn.org/PolicyAdvocacy/PositionPapersandReports/NASNPositionStatements>

NUNES, Ana Raquel - Os jovens e os factores associados ao consumo de tabaco. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Lisboa. ISSN 0870-9025. Vol.23 N.º 2 (2005), p.77-88.

OLIVEIRA, Clara; FONTE, Rosália – Parar para pensar... Que significa Educar para a Saúde? In BONITO, Jorge. Educação para a Saúde no Século XXI: Teorias, Modelos e Práticas. Évora: Centro de Investigação em Educação e Psicologia, 2008. ISBN 978-989-95539-3-4

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – **Convenção sobre os Direitos das Crianças**, 1989

NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério - **Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. 456p. ISBN: 972-99646-0-2

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – **Declaração de Alma-Ata – Saúde para Todos no Ano de 2000**. Ex-URSS, 1978

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – **Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde**. Ottawa. 1986

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – **Recomendações de Adelaide sobre políticas públicas saudáveis**. Adelaide, 1988

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – **Declaração de Sundsvall**. Sundsvall, 1991

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – **Programa de Acção do Cairo**. Cairo: OMS, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – **Declaração de Jacarta – Promoção da Saúde no Século XXI**. Jacarta, 1997

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – **Obesity: Preventing and Managing the global epidemic**. [em linha]. Geneva: WHO, 2000.

[Consultado a 16 de Junho de 2011]. Disponível em:  
<http://whqlibdoc.who.int>. ISBN 0512-3054

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – **Saúde dos Adolescentes: Estratégias para a Região Africana**. [em linha]. Brazzaville: Regional Office for África, 2001. [Consult. 13 Mar. 2011]. Disponível em [www.afro.who.int](http://www.afro.who.int)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – **The world health report: 2003: shaping the future**. Geneve: OMS, 2003. ISBN 92-4-156243-9

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – **The sexual and reproductive health of young adolescents in developing countries**. [em linha]. Genebra: OMS, 2010. [Consult. 14 de Mai. 2011]. Disponível em [http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO\\_RHR\\_11.11\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_RHR_11.11_eng.pdf)

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – **Carta do Caribe para a Promoção da Saúde**. Porto de Espanha, 1993

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - **Escolas Promotoras da Saúde: Fortalecimento da Iniciativa Regional – Estratégias e Linhas de Acção 2003-2012**. [em linha]. Washington, DC: Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde, 2003. [Consult. 13 Nov. 2010]. Disponível em [www.cepsis.org.pe](http://www.cepsis.org.pe). ISBN 92-75-726930

PACHECO, Andreia; MARTINS, Alda – Relações interpessoais e consumo de substâncias In BONITO, Jorge. Educação para a Saúde no Século XXI: Teorias, Modelos e Práticas. Évora: Centro de Investigação em Educação e Psicologia, 2008. ISBN 978-989-95539-3-4

PADEZ, Cristina – Actividade Física, Obesidade e Saúde: uma perspectiva evolutiva. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Lisboa. ISBN 0870-9025. Vol.20 N.º1 (2002), p.11-20.

PECHANSKY, Flavio; SZOBOT, Claudia; SCIVOLETTO, Sandra - Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e factores etiopatogênicos. Revista Brasileira de Psiquiatria. São Paulo. ISSN 1516-4446. Vol. 26, supl. I (2004), p.14-17.



PEREIRA, João; MATEUS, Céu – Custos indirectos associados à obesidade em Portugal. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Lisboa. ISBN 0870-9025. Vol. Temático N.º3 (2003) p.291-294.

PEREIRA, Alexandre - **Guia Prático de Utilização do SPSS – Análise de Dados para as Ciências Sociais e Psicologia**. 7.<sup>a</sup> Edição. Lisboa: Edições Sílabo, 2008. 243p. ISBN: 978-972-618-510-9

PEREIRA, Érico; TEIXEIRA, Clarissa; LOUZADA, Fernando - Sonolência diurna excessiva em adolescentes: prevalência e factores associados. Revista Paulista de Pediatria. São Paulo. ISSN 0103-0582. Vol. 28, N.º1 (2010), p.98-103.

PINHEIRO, Catarina; PINHEIRO, Jorge. Promoção da segurança rodoviária passiva infantil In BONITO, Jorge. Educação para a Saúde no Século XXI: Teorias, Modelos e Práticas. Évora: Centro de Investigação em Educação e Psicologia, 2008. ISBN 978-989-95539-3-4

PIRES, Tânia; MAIA, Ângela. **Acidentes Rodoviários: O impacto nas suas vítimas**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2004.

PRAZERES, Vasco – **Saúde Juvenil no Masculino: Género e Saúde Sexual e Reprodutiva**. Direcção-Geral da Saúde, 2003. 67p. ISBN 972-675-086-5

PRECIOSO, José – Prevenção do tabagismo na escola com base na evidência científica In BONITO, Jorge. Educação para a Saúde no Século XXI: Teorias, Modelos e Práticas. Évora: Centro de Investigação em Educação e Psicologia, 2008. ISBN 978-989-95539-3-4

PRECIOSO, José [et. al.] – Factores de risco e factores protectores relacionados com o consumo de tabaco por sexos In BONITO, Jorge. Educação para a Saúde no Século XXI: Teorias, Modelos e Práticas. Évora: Centro de Investigação em Educação e Psicologia, 2008. ISBN 978-989-95539-3-4 972-662-275-1.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van – Manual de Investigação em Ciências Sociais. 5.<sup>a</sup> Edição. Lisboa: Gradiva, 2008. ISBN: 972-662-275-1

RABIAIS, Sara; NUNES, Baltazar; CONTREIRAS, Teresa. ADELIA 2005 – **Acidentes Domésticos e de Lazer: Informação Adequada – Relatório**. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde, 2006. 36p.

REAL, Nuno Corte [et. al.]- Actividade física, prática desportiva, consumo de alimentos, de tabaco e de álcool dos adolescentes portugueses. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Lisboa. ISSN 0870-9025. Vol. 20 N.º2 (2008), p.17-25.

REIS, João e MELO, Paulo – A cárie dentária, uma doença infecciosa. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Lisboa. ISBN 0870-9025. Vol. 21 N.º1 (2003), p.35-40.

RIBEIRO, Ilda Maria Baptista Real - Educação para a saúde nas escolas – o papel dos professores e dos técnicos de saúde. Revista Enfermagem. n.º 35/36. (2004).

RODRIGUES, Manuel; PEREIRA, Anabela; BARROSO, Teresa - **Educação para a Saúde: Formação pedagógica de educadores de saúde**. Coimbra: Formasau, 2005. ISBN 972-8485-52-2

ROSENDO, Inês; LOPES, Rita; MOREIRA, Nádía – Escolhas Alimentares. In BONITO, Jorge. Educação para a Saúde no Século XXI: Teorias, Modelos e Práticas. Évora: Centro de Investigação em Educação e Psicologia, 2008. ISBN 978-989-95539-3-4

SAITO, Maria Ignes; LEAL, Marta - Educação sexual na escola. Revista Pediatria. São Paulo. ISSN 0101-3858. Vol.37 N.º 3 (2000), p.45-48.

SCLIAR, Moacyr - História do Conceito de Saúde. Revista Saúde Colectiva. Rio de Janeiro. ISSN 0102-311X. Vol. 15 N.º 4 (2007), p.29-41

SEELEY, Rod; STEPHENS, Trent D; TATE, Philip – **Anatomia e Fisiologia**. 3.<sup>a</sup> Edição. Loures: Lusodidata, 2001. ISBN: 972-96610-5-7

SISTON, A.N.; VARGAS, L. A. - O Enfermeiro na Escola: Práticas educativas na Promoção da Saúde de Escolares. Enfermería Global. Múrcia. ISSN 1695-6141. N.11 (2007), p.1-14.

SILVA, Maria Raquel. Educação para a Saúde e Actividade Física em adolescentes do sexo feminino In BONITO, Jorge. Educação para a Saúde no Século XXI: Teorias, Modelos e Práticas. Évora: Centro de Investigação em Educação e Psicologia, 2008. ISBN 978-989-95539-3-4

SILVA, Marta; MELO, Débora; CARLOS, Diene – O Adolescente enquanto protagonista no espaço escolar. In BONITO, Jorge. Educação para a Saúde no Século XXI: Teorias, Modelos e Práticas. Évora: Centro de Investigação em Educação e Psicologia, 2008. ISBN 978-989-95539-3-4

SLEEP FOUNDATION. - Teens and Sleep. [em linha]. Arlington: Sleep Foundation, 2011 a). [Consult. 19 Mar. 2011]. Disponível em [www.sleepfoundation.org](http://www.sleepfoundation.org)

SLEEP FOUNDATION – Diet, Exercise and Sleep. [em linha]. Arlington: Sleep Foundation, 2011 b). [Consultado em 19-03-2011]. Disponível em [www.sleepfoundation.org](http://www.sleepfoundation.org)

SLEEP FOUNDATION - Obesity and Sleep [em linha]. Arlington: Sleep Foundation, 2011 c). [Consult. 19 Mar. 2011]. Disponível em [www.sleepfoundation.org](http://www.sleepfoundation.org)

SLEEP FOUNDATION - School Start Time and Sleep . [em linha]. Arlington: Sleep Foundation, 2011 d). [Consultado em 19-03-2011]. Disponível em [www.sleepfoundation.org](http://www.sleepfoundation.org)

TAQUETTE, Stella; VILHENA, Marília; PAULA, Mariana - Doenças Sexualmente transmissíveis na adolescência: estudo de factores de risco. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. Uberaba. ISSN 0037-8682. Vol.37 N.º3 (2004), p.210-214.

VIANA, Victor; SANTOS, Pedro; GUIMARÃES, Maria Júlia – Comportamentos e hábitos alimentares em crianças e jovens: Uma revisão da

literatura. Psicologia Saúde e Doenças. Lisboa. ISSN 1645-0086. Vol.9 N.º2 (2008).

VAZ. Júlio Machado – **Educação Sexual na Escola**. Lisboa: Universidade Aberta, 1996. ISBN: 972-674-152-1

## **Anexos**



## Anexo I – Autorização do Colégio para a aplicação dos questionários





Porto, 12 de Maio de 2010

Direcção do Colégio Luso-Francês

Renata Catarina Alves Brito, Licenciada em Enfermagem pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, actualmente a frequentar o Mestrado em Enfermagem Avançada na Universidade Católica Portuguesa, encontra-se a desenvolver a sua dissertação para obtenção do grau de mestre na área da Saúde na Escola. Esta pesquisa tem como objectivo descrever os hábitos de saúde dos alunos do Ensino Secundário da instituição e terá como instrumento de colheita de dados um questionário onde estes serão avaliados.

Inerente ao processo de aplicação do instrumento de colheita de dados solicita-se a autorização para realizar a aplicação de um questionário, na vossa instituição, aos alunos do Ensino Secundário.

Em anexo apresenta-se um exemplar do instrumento de colheita de dados.

R.E.D.

---

Renata Catarina Alves Brito



Anexo II – Autorização dos pais e encarregados de educação para que os  
alunos participem no estudo



Porto, 17 de Junho de 2010

Ex.mo Sr. Encarregado de Educação,

No âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Avançada da Universidade Católica Portuguesa, encontro-me a desenvolver um projecto de investigação que tem como objectivo descrever os hábitos de saúde dos alunos do Ensino Secundário do Colégio Luso-Francês. Com este estudo pretende-se conhecer melhor os alunos e determinar quais as suas necessidades no que diz respeito à sua saúde.

A participação consiste em responder a um questionário sobre os seus hábitos de saúde. É garantida a confidencialidade e a participação é facultativa.

A participação pode ser cancelada em qualquer momento. Estou ao dispor, telefonicamente ou presencialmente para esclarecimento de dúvidas.

Muito obrigada pela colaboração,

---

Renata Catarina Alves Brito

---

Autorizo a participação do meu educando no projecto de investigação anteriormente referido.

Aluno: \_\_\_\_\_

Ano: \_\_\_\_\_ Turma: \_\_\_\_\_

Encarregado de Educação: \_\_\_\_\_



### Anexo III – Questionário





## I. Dados gerais

1. Idade \_\_\_\_\_ anos
2. Ano escolar \_\_\_\_\_ ano
3. Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino
4. Com quem vive: \_\_\_\_\_
5. Área de residência: \_\_\_\_\_
6. Pai: Profissão: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_  
Situação de emprego: \_\_\_\_\_  
Mãe: Profissão: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_  
Situação de emprego: \_\_\_\_\_
7. Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

## II. Alimentação e Exercício físico:

1. Quantas refeições faz por dia?  
☐ 5 ou mais ☐ 4 a 3 ☐ menos de 3
2. Pequeno-almoço:
  - 2.1. Toma o Pequeno-almoço diariamente?  
☐ Sempre ☐ Frequentemente ☐ Ocasionalmente ☐ Raramente  
☐ Nunca
  - 2.2. Que alimentos consome ao Pequeno-almoço?  
☐ Pão ☐ Cereais ☐ Bolos ☐ Leite ☐ Iogurte  
☐ fruta ☐ Sumos de fruta ☐ Refrigerantes  
☐ Outros – Quais? \_\_\_\_\_
3. Lanche da manhã:
  - 3.1. Come lanche a meio da manhã?  
☐ Sempre ☐ Frequentemente ☐ Ocasionalmente ☐ Raramente  
☐ Nunca
  - 3.2. Que alimentos come?  
☐ Pão ☐ Bolos/bolachas ☐ Leite/iogurte ☐ sumos de  
fruta ☐ fruta ☐ refrigerantes ☐ chocolates ☐  
Outros – Qual? \_\_\_\_\_
4. Lanche da tarde:
  - 4.1. Come lanche a meio da tarde?

- ☐ Sempre      ☐ Frequentemente      ☐ Ocasionalmente      ☐ Raramente  
☐ Nunca

4.2. Que alimentos come?

- ☐ Pão      ☐ Bolos/bolachas      ☐ Leite/iogurte  
☐ Sumos de fruta      ☐ fruta      ☐ refrigerantes      ☐ chocolates  
☐ Outros – Qual? \_\_\_\_\_

5. O que consome nas refeições principais (almoço e jantar)?

- ☐ sopa      ☐ salada      ☐ prato principal      ☐ fruta      ☐ doce  
☐ sandes/pratos frios      ☐ água      ☐ sumos  
☐ refrigerantes      ☐ vinho/cerveja

6. Quantos copos de água ingere em média por dia? \_\_\_\_\_

7. Faz algum tipo de exercício físico?

- ☐ Sim      ☐ Não

7.1. Se sim:

7.1.1. Qual? \_\_\_\_\_

7.1.2. Com que frequência? \_\_\_\_\_

7.1.3. Qual a duração? \_\_\_\_\_

**III. Saúde Oral:**

1. Quantas cáries teve até ao momento? \_\_\_\_\_

2. Quantas vezes por dia escova os dentes?

- ☐ Nenhuma      ☐ Uma      ☐ Duas      ☐ 3 ou mais

3. Com que frequência vai ao dentista?

- ☐ de 6 em 6 meses      ☐ uma vez por ano      ☐ quando tem dor ou outro problema

☐ Outra – Qual? \_\_\_\_\_

4. Costuma comer doces/guloseimas?

- ☐ Sim      ☐ Não

**IV. Sono e repouso:**

1. Quantas horas dorme em média por noite? \_\_\_\_\_

## V. Segurança e prevenção de acidentes

1. As viagens entre casa e a escola:

1.1 São feitas com:

☐ pais      ☐ familiares/empregados      ☐ sozinho      ☐ amigos/colegas

1.2. São feitas em:

☐ automóvel      ☐ transporte público      ☐ bicicleta      ☐ motorizada      ☐ a pé

2. Quando anda de bicicleta ou motociclo, utiliza capacete?

☐ Sim      ☐ Não

3. Quando frequenta praias ou piscinas durante a época balnear:

3.1. Utiliza as que têm vigilância/nadador salvador?

☐ Sim      ☐ Não

3.2. Cumpre as bandeiras nas praias?

☐ Sempre      ☐ Frequentemente      ☐ Ocasionalmente      ☐ Raramente

☐ Nunca

3.3. Utiliza protecção solar?

☐ Sempre      ☐ Frequentemente      ☐ Ocasionalmente      ☐ Raramente

☐ Nunca

3.4. Expõe-se ao sol:

☐ Durante todo o dia      ☐ até as 11:30h e/ou a partir das 16h      ☐ Nunca

4. Teve algum acidente?

☐ Sim      ☐ Não

## VI. Consumos:

### 1. Bebidas alcoólicas:

1.1 Já as consumiu?

☐ Sim      ☐ Não

1.2. Com que frequência ingere álcool?

☐ Sempre      ☐ Frequentemente      ☐ Ocasionalmente      ☐ Raramente

☐ Nunca

1.3. Já alguma vez ficou embriagado?

☐ Sim      ☐ Não

**2. Tabaco:**

2.1. Já consumiu?

☐ Sim                      ☐ Não                      (se não, passe para a pergunta nº 3)

2.2. Se fumador, com que frequência fuma?

☐ diariamente                      ☐ semanalmente                      ☐ Ocasionalmente  
☐ Nunca

**3. Outras substâncias:**

3.1. Já consumiu substâncias proibidas(drogas)?

☐ Sim                      ☐ Não

3.1.1. Se sim:

3.1.1.2. Que tipo de substâncias consumiu ou consome?

\_\_\_\_\_

3.1.1.3. Com que frequência consome?

☐ diariamente                      ☐ semanalmente                      ☐ Ocasionalmente  
☐ Nunca

**VII. Situações de risco e acidentes:**

1. Já foi vítima de violência na escola?

☐ Sim                      ☐ Não

1.1 Se sim,

1.1.1 De que tipo?

☐ verbal                      ☐ psicológica                      ☐ física                      ☐ sexual

1.1.2. Por parte de quem?

☐ amigos                      ☐ namorado(a)                      ☐ colegas

☐ Outros – Quem? \_\_\_\_\_

2. Já teve ou tem algum problema de saúde mental?

☐ Sim                      ☐ Não

2.1. Se sim, de que tipo? \_\_\_\_\_

3. Que importância tem para si o seu desempenho escolar e as suas notas?

☐ máxima importância    ☐ importante    ☐ moderadamente importante    ☐ pouco importante

4. Costuma sentir medo ou ansiedade nos testes e exames?

☐ Sim                      ☐ Não

## **VII. Saúde sexual e reprodutiva**

1. Aceito o meu corpo tal como ele é

☐ Concordo totalmente    ☐ concordo    ☐ indiferente                      ☐ discordo                      ☐ discordo  
totalmente

2. Reconheço que o afecto ou o amor devem existir nos relacionamentos sexuais

☐ Concordo totalmente    ☐ concordo    ☐ indiferente                      ☐ discordo                      ☐ discordo  
totalmente

3. Já iniciou a sua actividade sexual?

☐ Sim                      ☐ Não

Se sim:

3.1. Com que idade? \_\_\_\_\_

3.2. Costuma usar algum método contraceptivo ou protecção?

☐ Não    ☐ Sim (se sim, qual? \_\_\_\_\_)

4. Com quem se sente à vontade para falar sobre sexualidade?

☐ Pais                      ☐ amigos                      ☐ colegas                      ☐ professores

☐ Outros    (Quais? \_\_\_\_\_)



